Le rapport de la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

H C Eastman
Commissaire

86-0351/

Le rapport de la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

Harry C. Eastman
Commissaire

Rod D. Fraser
Directeur de la recherche

John I. Laskin
Conseiller juridique

Wendy A. Kennedy
Secrétaire

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1985

En vente au Canada par l'entremise de nos

agents libraires agréés
et autres librairies

ou par la poste auprès du:

Centre d'édition du gouvernement du Canada
Approvisionnements et Services Canada
Ottawa (Canada) K1A 0S9

N° de catalogue CP32-46/1985F
ISBN 0-660-91472-7

au Canada: 19,25 $
à l'étranger: 23,10 $

Prix sujet à changement sans préavis

Commission d'enquête
sur
l'industrie pharmaceutique
1200, rue Bay, Suite 204
Toronto (Ontario)
M5R 2A5

Commission of Inquiry
on the
Pharmaceutical Industry
1200 Bay Street, Suite 204
Toronto, Ontario
M5R 2A5

Le 28 février 1985

Son Excellence le Gouverneur général

Plaise à votre Excellence :

Par Décret du Conseil du 17 avril 1984, révisé et modifié le 20 décembre 1984, j'ai été désigné Commissaire en vertu de la Partie I de la *Loi sur les enquêtes* pour enquêter et faire rapport sur la situation actuelle de l'industrie pharmaceutique au Canada. Mon enquête est maintenant terminée et je présente respectueusement le Rapport ci-joint.

H.C. Eastman
Commissaire

Table des Matières

Décret du Conseil
Préface

Sommaire du rapport de la commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique xvii
Licence obligatoire xix
Brevets pour les produits et les procédés et renversement du fardeau de la preuve xxiv
Réglementation des médicaments xxv
Recours aux comités d'experts non gouvernementaux xxvii
Innocuité : format de présentation d'origine des médicaments et notices de renseignements xxviii
Marché de détail et politique provinciale xxviii
Recherche et développement xxxi
Conclusion xxxi

Introduction xxxiii

PARTIE I DESCRIPTION ET ANALYSE

Chapitre 1 Contexte législatif 1
Loi sur les brevets 1
Historique 1
Généralités 2
Réglementation de l'usage et de la vente de médicaments 4
Assurance-hospitalisation et assurance de soins médicaux 6
Assurance-médicaments 6
Régimes privés d'assurance 7
Régimes de remboursement provinciaux 12
Annexe 1 : Réglements internationaux 13

Chapitre 2 L'industrie pharmaceutique au Canada : un aperçu historique 45
Nombre et taille des entreprises 45

Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments : spécialisation 47
Part de l'industrie pharmaceutique 48
Taux de spécialisation 49
Emploi, traitements et salaires, valeur des livraisons 51
Produit intérieur brut réel 54
Actif net immobilisé et actif total 54
Importations et exportations 58
Entreprises étrangères 61
Dépenses de recherche et de développement 66
Principales statistiques de l'industrie pharmaceutique au Canada et aux États-Unis 70
Annexe Tableaux A2.1 à A2.8 73

Chapitre 3 L'industrie pharmaceutique au Canada : profil du marché 85
Valeur et accroissement relatifs des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments 85
Comparaison des ventes des fabricants et des achats effectués par les pharmacies et les hôpitaux 86
Valeur et accroissement relatifs des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments 91
Protection de la population par une assurance-médicaments à tiers payant 97
Profils de consommation des produits pharmaceutiques 100
Consommation de médicaments selon l'âge et le sexe 100
Répartition par âge de la population 106
Principaux agents économiques du côté de la demande 108
Consommation de médicaments selon la maladie 109
La nature concurrentielle du marché final 112
Annexe Tableaux A3.1 à A3.11 114

Chapitre 4 La structure du marché 133
Concentration de la production 133
Concentration globale du marché 133
Concentration comparée à d'autres industries 136
Concentration dans les sous-marchés définie selon les catégories thérapeutiques 138
Concentration dans les sous-marchés définie selon les catégories diagnostiques 144
Concentration dans l'industrie pharmaceutique au Canada - résumé 150
Comparaisons internationales de la concentration 150
Stabilité des parts du marché 154

Examen de la stabilité des parts du marché 154
Indices d'instabilité des parts du marché 157
Stabilité des parts de marché pour les catégories thérapeutiques 160
Source d'instabilité : les entreprises comptent sur la vente de quelques produits 160
Autres éléments de la structure du marché 162
Économies d'échelle 162
Concentration des acheteurs 166
La nature des entreprises de médicaments génériques 168
La concurrence dans l'industrie des produits pharmaceutiques au Canada - résumé 169
Annexe Tableaux A4.1 à A4.16 170
Annexe Graphiques A4.1 à A4.3 225

Chapitre 5 Comportement du marché 229
Les ventes et la promotion 229
Personnel affecté aux ventes et à la promotion 229
Dépenses en publicité 235
Comparaisons avec les activités de vente de promotion et de publicité dans d'autres pays 238
Recherche et développement et nouveaux produits 238
Dépenses de recherche et développement par rapport aux ventes 240
Sources des nouveaux produits pharmaceutiques 244
Valeur thérapeutique des nouveaux produits pharmaceutiques 250
Résultats fâcheux 255
Intégration verticale et horizontale 256
Intégration horizontale géographique 256
Intégration horizontale des produits 256
Intégration verticale 260
Résumé du chapitre 262

Chapitre 6 Performance du marché : bénéfices 265
Introduction 265
Bénéfices de l'industrie 266
Différentes mesures des bénéfices dans l'industrie pharmaceutique au Canada, de 1968 à 1982 267
Bénifices de l'industrie pharmaceutique par rapport à d'autres industries Canadiennes 267
Bénéfices de l'industrie pharmaceutique : comparaison Canada/États-Unis 276
Bénifices à l'échelon des entreprises 280
Rentabilité et taille de l'entreprise 280
Rentabilité et spécialisation dans la fabrication des produits pharmaceutiques 281
Effets de l'octroi obligatoire de licences sur la rentabilité des entreprises 281

Variation du bénéfice des entreprises 282
Rentabilité des sociétés mères par rapport aux filiales canadiennes 284
Comparaisons internationales de la rentabilité de l'industrie pharmaceutique 284
Annexe Tableaux A6.1 à A6.19 291
Annexe Graphiques A6.1 à A6.4 310

Chapitre 7 Performance du marché : les prix 315
Introduction 315
Variations générales du niveau des prix 316
Prix dans le secteur de la fabrication 316
Variations du niveau des prix de détail 320
Remplacement des produits et amélioration de la qualité 322
Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs 325
Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments vendus aux pharmacies—1968, 1976, 1982 et 1983: étude A 326
Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments vendus aux hôpitaux et aux pharmacies en 1983: étude B 329
Autres comparaisons de prix entre le Canada et certains pays étrangers 333
Prix de produits génériques et prix de produits brevetés 334
Comparaisons de prix avec l'Europe et le Japon 335
Annexe Tableaux A7.1 et A7.2 339
Annexe Graphique A7.1 341

PARTIE II POLITIQUE ET RECOMMANDATIONS

Les recommandations 345
Chapitre 8 Brevets et redevances 349
Introduction 349
Principes généraux : objet des brevets 351
Effets des différents niveaux de protection accordé par un brevet 353
Caractéristiques de l'industrie pharmaceutique associées à la protection par brevets 356
Stratégies concurrentielles dans l'industrie pharmaceutique 358
Les coûts dans l'industrie pharmaceutique 360
Profits dans l'industrie pharmaceutique 363
Politiques des petits pays et marchés mondiaux 364
Licences obligatoires et croissance de la production générique au Canada 366

Compensation pour les titulaires de brevets ... 372
La période d'exclusivité ... 372
L'élément recherche et développement ... 375
L'élément frais de promotion ... 377
Calcul des débours et des éléments de recherche et de développement du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique ... 379
Redevances au titre des licences obligatoires de fabrication : la composante recherche et développement ... 381
Taux de redevance variables et incitation à des comportements stratégiques ... 382
Redevances totales ... 383
Système de redevances proposé et engagements internationaux du Canada ... 386
Brevets de produits et de procédés ... 386
Renversement du fardeau de la preuve ... 388
Conclusion ... 390

Chapitre 9 Autorisation de mise en marché : innocuité et efficacité ... 393
Introduction ... 393
Étapes du processus d'approbation ... 394
Objectifs et effets des règlements sur les médicaments ... 397
Le système de réglementation canadien ... 398
Comparaison entre les règlements canadiens et les règlements étrangers ... 406
Accélération du processus d'approbation au Canada ... 410
Utilisation de comités d'experts non gouvernementaux ... 413
Approbation des médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été accordées ... 414
Sécurité : distribution des médicaments dans leur emballage original accompagnés des dépliants ... 416

Chapitre 10 Marché de détail des produits pharmaceutiques ... 419
Substitution et sélection des médicaments ... 420
Coût d'acquisition et de remboursement ... 431
Réalisation des économies possibles ... 432
Effet de la réglementation des prix ... 434
Sensibilité de la consommation par rapport aux prix ... 436

Chapitre 11 Répartition régionale de l'industrie pharmaceutique au Canada ... 441

Chapitre 12 La recherche pharmaceutique au Canada ... 449

Chapitre 13 Commerce international, prix de cession interne et tarifs 457
Prix de cession interne intra-sociétés 458
Le tarif canadien 465

Chapitre 14 Conclusion 473

Annexes 475
A. Liste des mémoires 475
B. Témoins entendus par la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique 497

Bibliographie choisie 501

Décret du Conseil

C.P. 1984-1298

Copie certifiée conforme au procès-verbal d'une réunion du Comité du Conseil privé, approuvé par Son Excellence le Gouverneur général le 17 avril 1984

Vu que le Comité du Conseil privé est d'avis qu'il est souhaitable d'évaluer les perpectives d'avenir de l'industrie pharmaceutique au Canada;

Et vu qu'il est souhaitable d'étudier des propositions visant des stimulants économiques destinés au développement de l'industrie pharmaceutique, ainsi que le rapport entre cette industrie et les régimes de prestation de soins de santé au Canada, le coût des médicaments pour les consommateurs canadiens, les méthodes d'approbation des nouveaux médicaments et les autres politiques et programmes du gouvernement qui touchent le secteur pharmaceutique.

A ces causes, sur avis conforme du Premier ministre, le Comité du Conseil privé recommande que soit nommé en vertu de la Partie I de la *Loi sur les enquêtes* le docteur Harry Eastman, de la ville de Toronto dans la province d'Ontario, à titre de commissaire, afin qu'il fasse enquête et rapport sur la situation actuelle de l'industrie pharmaceutique au Canada, sur les possibilités d'une expansion importante de cette industrie au Canada et sur les politiques nécessaires au développement de cette industrie, et qu'il recommande, en accord avec ces politiques, une série de propositions autour desquelles pourrait s'établir un consensus sur la question de l'octroi des licences.

Sans limiter ce qui précède, le Commissaire, dans son enquête et son rapport, portera une attention particulière aux questions suivantes :

a) l'analyse des entreprises œuvrant dans le secteur pharmaceutique au Canada, qui comprendra la collecte de données économiques et financières au sujet de l'industrie et la détermination des différences de fonctionnement et de schéma de croissance entre les fabricants de produits génériques et les entreprises titulaires de brevets, y compris celles du secteur biotechnique;

b) la définition des perspectives de croissance de l'industrie pharmaceutique au Canada, dans les domaines suivants:

   i) croissance et composition des dépenses en recherche et développement, et plans permettant d'établir un lien entre ces dépenses et les établissements canadiens de recherche et les programmes des écoles de médecine,

ii) croissance dans la fabrication d'éléments actifs en vrac,

iii) détermination des facteurs régionaux influant sur cette croissance,

iv) exportations,

v) croissance et composition de l'emploi dans le domaine pharmaceutique,

vi) applications dans le domaine de l'agriculture, et

vii) investissements dans le secteur pharmaceutique biotechnique; et

c) l'étude des programmes en vigueur dans d'autres pays, y compris l'examen du fonctionnement et des effets, dans ces pays, des stimulants, des règlements et des barrières commerciales, qui facilitera la détermination des différences ou des points communs entre le marché et le milieu socio-économique de ces pays et ceux du Canada.

En outre, le Commissaire devra formuler des recommandations visant l'établissement d'une politique générale pour l'industrie pharmaceutique canadienne, y compris, s'il le juge à propos, des propositions visant la protection des brevets, les changements fiscaux et tarifaires, les stimulants économiques, la disponibilité du capital, la modification des régimes de prestation de soins de santé et des méthodes d'approbation des médicaments, ainsi que les autres politiques et programmes des gouvernements provinciaux et fédéral.

Le Comité recommande également que l'enquête soit désignée sous le nom de Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique.

Le Comité recommande en outre que le Commissaire :

1. soit autorisé à adopter les procédures et mesures qu'il juge nécessaires à l'enquête;

2. soit autorisé à tenir des audiences au Canada, aux dates et aux endroits qu'il juge opportuns;

3. soit autorisé à exercer tous les pouvoirs que lui confère l'article 11 de la *Loi sur les enquêtes*;

4. soit autorisé à retenir les services du personnel et des conseillers techniques, y compris les services d'avocats, qu'il juge nécessaires ou souhaitables pour l'aider dans son enquête, à des taux de rémunération et de remboursement que peut approuver le conseil du Trésor;

5. soit autorisé à louer, en collaboration avec le ministère des Travaux publics, les locaux et installations qu'il juge nécessaires pour la tenue d'audiences publiques, à des taux de location qui sont en accord avec les politiques de location dudit ministère;

6. présente au Gouverneur en conseil, au plus tard le 31 décembre 1984, un rapport final qui comprend une analyse du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique au Canada, soulignant les différences entre les fabricants de produits génériques et les entreprises titulaires de brevets, ainsi qu'entre les marchés pharmaceutiques international et intérieur, et qui contient des données statistiques étayant tous les aspects des opérations de cette industrie, ainsi que toute autre constatation pertinente;

7. dépose auprès de l'archiviste fédéral les documents et dossiers de l'enquête aussitôt que possible après la fin de l'enquête;

8. reçoive l'aide des fonctionnaires et employés des ministères et organismes du gouvernement du Canada, de la façon qu'il juge utile à l'enquête;

9. recueille les données requises à partir des sources d'information existantes, ainsi qu'en tenant des audiences publiques, en citant des témoins-experts, en menant des sondages ou en recourant à tout autre moyen auquel l'autorise la *Loi sur les enquêtes*; et

10. soit autorisé à voyager à l'extérieur du Canada, lorsqu'il le juge nécessaire pour l'étude des programmes des autres pays.

CERTIFIED TO BE A TRUE COPY — COPIE CERTIFIÉE CONFORME

CLERK OF THE PRIVY COUNCIL — LE GREFFIER DU CONSEIL PRIVÉ

Décret du Conseil

C.P. 1984-4094

Copie certifiée conforme au procès-verbal d'une réunion du Comité du Conseil privé, approuvé par Son Excellence le Gouverneur général le 20 décembre 1984.

Sur avis conforme du Premier ministre et en vertu de la partie I de la *Loi sur les enquêtes*, le Comité du Conseil privé recommande que la Commission délivrée en vertu du décret C.P. 1984-1298 du 17 avril 1984 soit amendée par l'abrogation du paragraphe suivant :

«En outre Nous demandons à Notre Commissaire de présenter au gouverneur en conseil, au plus tard le 31 décembre 1984, un rapport final qui comprend une analyse du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique au Canada, soulignant les différences entre les fabricants de produits génériques et les entreprises titulaires de brevets, ainsi qu'entre les marchés pharmaceutiques international et intérieur, et qui contient des données statistiques étayant tous les aspects des opérations de cette industrie, ainsi que toute autre constatation pertinente;

et en le remplaçant par ce qui suit :

«En outre Nous demandons à Notre Commissaire de présenter au gouverneur en conseil, au plus tard le 28 février 1985, un rapport final qui comprend une analyse du fonctionnement de l'industrie pharmaceutique au Canada, soulignant les différences entre les fabricants de produits génériques et les entreprises titulaires de brevets, ainsi qu'entre les marchés pharmaceutiques international et intérieur, et qui contient des données statistiques étayant tous les aspects des opérations de cette industrie, ainsi que toute autre constatation pertinente;

CERTIFIED TO BE A TRUE COPY — COPIE CERTIFIÉE CONFORME

CLERK OF THE PRIVY COUNCIL — LE GREFFIER DU CONSEIL PRIVÉ

Préface

Le décret du Conseil C.P. 1984-1298 donnait à la Commission le mandat d'analyser le fonctionnement des fabricants de produits génériques et des entreprises titulaires de brevets de l'industrie pharmaceutique canadienne, de décrire les perspectives de croissance de l'industrie pharmaceutique canadienne et d'examiner les programmes en vigueur dans d'autres pays. La Commission avait également pour mandat de formuler des recommandations en vue de l'élaboration d'une politique générale pour l'industrie pharmaceutique au Canada, y compris des politiques et des programmes sous le contrôle des gouvernements fédéral et provinciaux.

La Commission à reçu 146 mémoires de diverses parties intéressées et entendu le témoignage de 41 personnes ou groupes de personnes. Le Commissaire et le directeur de la recherche se sont rendus au Royaume-Uni, en Belgique, à la Commission de la communauté européenne, en Suisse et en Italie pour connaître directement les programmes, les pratiques et les opinions ayant cours dans d'autres pays. Quatorze études ont été commandées à des experts de divers domaines; celles-ci seront publiées si les renseignements qu'elles fournissent sont jugés d'utilité générale et nécessaires à une compréhension complète des questions abordées dans ce Rapport.

Au cours de mon enquête, j'ai été frappé de la qualité des témoignages entendus, du caractère d'urgence dans les propos tenus et de la division concernant les avis reçus sur la nécessité de modifier les dispositions de la *Loi sur les brevets* touchant l'octroi de licences obligatoires. Cette question plus que toute autre, a dominé les aspects qui affectent la performance de l'industrie pharmaceutique et la distribution de médicaments au Canada, comme les procédures pour assurer l'innocuité et l'efficacité des produits et les forces qui caractérisent le marché de détail, malgré l'importance de ce dernier aspect. Néanmoins, j'espère que les recommandations contenues dans ce Rapport saurons répondre à la section du décret qui demandait à la Commission de recommander «une série de propositions autour desquelles pourrait s'établir un consensus sur la création de l'octroi de licences».

Malgré la nature litigieuse de certaines des questions abordées par la Commission, les témoins entendus ont fait preuve d'un bon jugement, d'esprit d'analyse, ils se montrés coopératifs et ont toujours été très courtois à notre égard. La Commission les en remercie. Les experts de l'industrie, du gouvernement et des universités que nous avons consultés tant au Canada qu'à l'étranger n'ont pas ménagé leurs efforts pour nous aider; je leur en sais gré.

J'ai aussi reçu l'aide de personnes très compétentes et très dévouées pour la recherche et l'administration. En particulier, j'aimerais souligner l'apport du

Dr R. D. Fraser qui a pris la direction de la recherche tout en assumant ses fonctions de doyen de la Faculté des Arts et des Sciences de l'Université Queen. Il a collaboré à part entière à la rédaction du Rapport, mais non à l'élaboration des recommandations.

H.C.E.

Sommaire du rapport de la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

En 1969, la loi canadienne sur les brevets a été modifiée afin de prévoir l'octroi obligatoire de licences permettant l'importation de produits pharmaceutiques brevetés. À moins d'une raison valable, le Commissaire des brevets a accordé obligatoirement une licence d'importation à tous les demandeurs et a fixé un taux de redevance à 4 pour cent de la valeur des ventes du produit breveté du titulaire de la licence. Cette redevance constitue sa contribution aux coûts de recherche ayant conduit à l'invention.

Dans les années qui ont suivi l'obligation d'obtenir une licence pour l'importation de produits pharmaceutiques, les législatures provinciales ont également adopté des mesures qui ont eu une incidence sur l'industrie pharmaceutique. Là, la politique diffère d'une province à l'autre mais son principal objectif est toujours d'encourager ou d'exiger la substitution des marques de médicaments équivalentes mais moins chères aux marques plus coûteuses. Cette politique de substitution s'applique à tous les médicaments prescrits dans une province ou à tous ceux qui sont payés ou remboursés par la province en vertu de ses divers programmes sociaux.

L'obligation d'obtenir une licence d'importation ainsi que les incitations par la province à la substitution ont suscité l'expansion de sociétés dont une partie importante des affaires est la fabrication de médicaments exigeant l'attribution d'une licence obligatoire. Deux des quatre sociétés les plus importantes fabriquant ces médicaments sont canadiennes; les deux autres sont étrangères. Les deux premières assurent, et de loin, la plus grosse part de la fabrication de médicaments exigeant l'attribution d'une licence obligatoire.

Les ventes des 70 médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées au Canada ont rapporté 328 millions de dollars (sur un total de 1,6 milliard de dollars pour tous les médicaments éthiques en 1983), soit 20 pour cent des ventes totales. Les sociétés fabriquant des produits génériques qui détiennent une licence n'ont pas supplanté les entreprises détentrices de brevets sur le marché des médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées. En effet, les sociétés fabriquant des produits génériques n'ont vendu que 32 des 70 médicaments pour lesquels elles détiennent des licences obligatoires. Leurs ventes se sont élevées à 46 millions de dollars, soit 21 pour cent de la valeur totale de ces médicaments, qui est de 217 millions de dollars, les autres 79 pour cent représentant les produits des sociétés détentrices de brevets. Cependant, la part de 21 pour cent des produits génériques correspond en vérité à environ 34 pour cent du volume du marché

de médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées, si l'on tient compte du fait que les prix demandés par les sociétés fabriquant des produits génériques sont la moitié des prix des détenteurs de brevet. Les ventes, par les sociétés de produits génériques, de médicaments dont la fabrication exige une licence obligatoire représentaient 3 pour cent des ventes totales de produits pharmaceutiques au Canada. Les 24 autres produits protégés par des brevets pour lesquels des licences obligatoires avaient été accordées jusqu'à 1983, représentent des ventes de 111 millions de dollars, mais la concurrence des produits génériques n'a pas encore pénétré le marché.

Les sociétés fabriquant des produits génériques vendent des médicaments autres que ceux qui sont soumis à l'obtention d'une licence. Leurs ventes totales de produits pharmaceutiques représentent environ 8 pour cent de l'ensemble des ventes de ces produits au Canada.

Les sociétés de produits génériques ont porté leurs efforts sur certaines catégories thérapeutiques plus que sur d'autres. En 1983, elles assuraient 13 pour cent des ventes d'agents anti-infectieux et 6 à 9 pour cent des ventes de cinq des dix-neuf catégories thérapeutiques.

Ces sociétés ont déclenché une concurrence vigoureuse sur le marché des produits pharmaceutiques au Canada. Elles ont mis l'accent sur les ventes aux hôpitaux et aux pharmacies et ont adopté la stratégie de la concurrence par les prix. En 1983, les prix des médicaments génériques étaient à 51 pour cent des prix des marques de substitution des sociétés détentrices de brevets. Grâce à l'attribution obligatoire des licences, les consommateurs et les contribuables canadiens ont payé 211 millions de dollars de moins en 1983 pour ces mêmes médicaments. Le montant ainsi économisé est la différence entre, d'une part, le montant des achats par les pharmacies et les hôpitaux des 32 médicaments sous licence obligatoire vendus par des sociétés de produits génériques et par des sociétés détentrices de brevets et, d'autre part, le coût de ces achats si les prix avaient eu le même rapport avec ceux des États-Unis que ceux des médicaments fabriqués sans licence. Il s'agit donc d'un chiffre précis.

Par comparaison, la stratégie concurrentielle des sociétés détenant des brevets au Canada, de même qu'à l'étranger, consiste à introduire sur le marché de nouveaux produits qui peuvent avoir des applications toutes nouvelles, qui sont beaucoup plus efficaces ou qui peuvent être semblables aux produits très demandés de leur propre fabrication ou d'autres sociétés et qui sont lancés pour fractioner le marché. Les sociétés de brevets ont également des dépenses de promotion considérables qui visent surtout les médecins. Au Canada, au cours des cinq dernières années, le pourcentage pondéré des coûts de promotion sur les ventes des 55 principales sociétés de l'industrie pharmaceutique a été de 21 pour cent alors que le rapport entre la recherche et le développement et les ventes était de 4,5 pour cent et le rapport des profits sur les ventes de 15 pour cent.

Les données globales de l'industrie pharmaceutique au Canada n'indiquent pas que l'attribution obligatoire de licences à l'importation, instaurée en 1969, a eu des effets défavorables. La rentabilité globale des

sociétés de l'industrie pharmaceutique au Canada, évaluée de 1968 à 1982, selon leurs profits après impôt sur le capital, est plus stable que celle de la plupart des industries au Canada; elle a même augmenté au cours des dernières années de cette période. Les profits de l'industrie pharmaceutique sont aussi sensiblement plus élevés que ceux des industries de fabrication et de la majorité des autres industries. Au cours de cette période, les profits sur l'avoir, après impôt, ont été plus faibles et moins stables au Canada qu'aux États-Unis. Cependant, depuis 1978 ils ont augmenté au Canada par rapport aux États-Unis. Ainsi, l'obligation d'obtenir une licence obligatoire n'a pas eu d'effet concret sur la rentabilité de l'industrie pharmaceutique dans notre pays. Elle a réduit les profits de certaines sociétés mais cela a été compensé par les profits élevés d'autres entreprises.

L'expansion de l'industrie ne semble pas non plus avoir souffert de l'octroi de licences obligatoires. La valeur des livraisons des produits pharmaceutiques en 1969 représentait 0,766 pour cent de celles de l'ensemble du secteur manufacturier. En 1983, la proportion était de 0,894 pour cent mais entre ces deux dates, les niveaux avaient parfois baissé. La valeur des expéditions peut être rajustée pour tenir compte des changements de prix mais il y a lieu de penser que l'indice des prix pharmaceutiques minimise l'inflation subie par eux, si bien que le taux «réel» de croissance très élevé des produits pharmaceutiques que l'on obtient par un tel calcul est probablement excessif. Une autre mesure du rendement réel est l'emploi qui, par rapport à l'ensemble du secteur manufacturier, a augmenté de 0,74 pour cent à 0,91 pour cent entre 1967 et 1982. L'expansion de l'industrie au Canada n'est pas dominée par celle du secteur générique. En 1969, le nombre d'employés dans l'industrie était de 12 645 et peu d'entre eux travaillaient dans des sociétés fabriquant des produits génériques. En 1982, ils étaient 15 707, dont environ 1 300 étaient employés par des sociétés de produits génériques.

Les indices de croissance peuvent être comparés à ceux des États-Unis. En mesurant les valeurs, on obtient un taux de croissance sensiblement plus élevé au Canada qu'aux États-Unis. Cela comprend la valeur ajoutée à la fabrication, la valeur des expéditions, les traitements et les salaires. Pourtant, il faut se fier encore moins aux changements des valeurs lorsque l'on interprète les variations entre les deux pays que lorsque l'on interprète les comparaisons entre industries au Canada. En ce qui concerne l'emploi, il s'avère que l'emploi total au Canada entre 1967 et 1982 a augmenté de 28,8 pour cent contre 22,6 pour cent aux États-Unis. Le nombre d'employés affectés à la production au Canada a augmenté de 29,9 pour cent contre 13,2 pour cent aux États-Unis. La licence obligatoire n'a pas eu d'effets négatifs évidents sur la rentabilité et le taux de croissance de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique au Canada.

Licence obligatoire

La Commission estime que l'attribution obligatoire de licences, telle que prévue à l'article 41(4) de la loi canadienne sur les brevets, est un élément efficace de la politique sur les brevets pour l'industrie pharmaceutique. Elle juge cependant que les conditions de cette attribution devraient être modifiées

par un arrangement qui augmenterait la redevance des sociétés de produits génériques en échange des bénéfices qu'elles tirent des dépenses de recherche et de développement des sociétés dont les brevets sont soumis à des licences obligatoires. Cet arrangement stimulerait également la recherche au Canada.

Les dix-sept années de la durée du brevet favorisent la rentabilité de l'introduction de nouveaux médicaments au Canada. La commercialisation rapide de nouveaux médicaments devrait être encouragée, car elle permet d'améliorer la santé et de soulager la douleur. Quant à la licence obligatoire, elle crée une concurrence et fait baisser les prix des médicaments qui sont les plus vendus sur le marché. Sans une telle licence, les prix et les profits élevés de ces médicaments pousseraient d'autres sociétés détentrices de brevets à faire de la recherche en vue de trouver un équivalent au nouveau médicament tout en le différenciant suffisamment pour éviter la contrefaçon des brevets. Cette forme de concurrence entre les entreprises détentrices de brevets ne fait pas tellement baisser les prix; en revanche, les sociétés engagent de grosses dépenses pour assurer la promotion de leurs marques de commerce. Il vaut donc mieux créer une concurrence grâce à la licence obligatoire car cela évite le gaspillage des ressources utilisées pour imiter le médicament qui se vend bien et en faire la promotion. En outre, la concurrence des prix exercée par les sociétés de produits génériques profite énormément au consommateur.

Naturellement, les avantages de la licence obligatoire, qui permet notamment d'éviter des coûts de recherche élevés pour trouver un équivalent au médicament qui se vend bien sans contrefaire son brevet, ne se font pas toujours sentir lorsque la licence obligatoire est uniquement utilisée au Canada. Peu de recherches se font au Canada et en tout état de cause, les programmes de recherche sont établis en fonction de la rentabilité prévue des dépenses dans ce domaine à l'échelle mondiale, de telle façon que, que le produit fasse ou non l'objet, au Canada, d'une licence obligatoire à l'importation, cela n'influe pas tellement sur les décisions à prendre. Néanmoins, le fait que la politique d'autres pays à l'égard des produits pharmaceutiques est inférieure à celle de la licence obligatoire en vigueur au Canada—parce que certains pays limitent le choix et exercent un contrôle bureaucratique plus strict ou parce qu'ils ne limitent pas les prix—ne signifie pas qu'il faut abolir la licence obligatoire chez nous. Cela obligerait les consommateurs canadiens à contribuer financièrement à des formes d'incitation qui, à l'échelon mondial, entraînent un certain gaspillage des ressources de recherche et de promotion. En outre, les dépenses de promotion, qui sont très élevées pour les médicaments imitatifs, sont particulières au Canada et sont découragées par l'attribution obligatoire de licences.

Afin de protéger les sociétés novatrices contre l'octroi très rapide de licences obligatoires, il faudrait prévoir une courte période d'exclusivité pour les détenteurs de brevets. Cette période commencerait à partir de la réception de l'avis de conformité autorisant la commercialisation du nouveau médicament. Elle permettrait à l'entreprise novatrice d'établir ses prix, sans crainte de perdre sa part du marché, de pousser ses ventes et de couvrir ses frais, y compris les frais élevés de promotion qui accompagnent toujours le lancement

de nouveaux médicaments. La période d'exclusivité devrait être courte afin d'accélérer la mise sur le marché de nouveaux médicaments. La Commission estime qu'une période d'exclusivité de quatre ans serait convenable.

À l'expiration de cette période d'exclusivité, la société novatrice devrait continuer à tirer profit de son produit grâce à une redevance qui lui serait versée pour le reste de la durée de vie du brevet après l'entrée sur le marché du produit générique. Cette redevance devrait être fonction des dépenses mondiales de recherche et de développement des sociétés dont les brevets font l'objet de licences obligatoires au Canada afin d'assurer une participation raisonnable des consommateurs canadiens à ces dépenses. La redevance devrait également tenir compte du fait que certaines dépenses de promotion des sociétés détentrices de brevets favorisent le détenteur de la licence. La Commission estime la valeur de ce dernier élément à 4 pour cent de la valeur des ventes du détenteur de licence.

La redevance perçue de façon uniforme sur les ventes du détenteur de licence devrait être versée à un Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique. Ce fonds devrait alors être réparti entre les entreprises détentrices de brevets, en fonction surtout de leurs dépenses en recherche et en développement au Canada afin d'encourager les sociétés pharmaceutiques de notre pays à faire plus de recherche et de développement. Les entreprises détentrices de brevets devraient également recevoir une part fixe en contrepartie de leurs dépenses courantes de promotion qui profitent aux détenteurs de licences.

Par conséquent, la Commission recommande :

d'accorder aux nouveaux médicaments une période d'exclusivité qui les mettrait à l'abri de la concurrence des produits génériques, pendant quatre ans après la réception d'un Avis de conformité autorisant leur commercialisation;

de créer un Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique financé par les paiements des entreprises détentrices de licences, ces paiements étant déterminés par la valeur des ventes des produits fabriqués sous licence obligatoire au Canada par le détenteur de la licence, multipliée par le rapport entre la recherche et développement et les ventes de l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale, tel que le détermine le Commissaire des brevets, plus 4 pour cent (ces 4 pour cent représentent la valeur pour les détenteurs d'une licence obligatoire des dépenses courantes de promotion encourues par les entreprises détentrices de brevets), et

la répartition périodique du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique entre les sociétés détenant des brevets faisant l'objet de licences obligatoires, la part de chaque entreprise étant déterminée par les ventes au Canada de ses produits brevetés fabriqués sous licence obligatoire, multipliée par le rapport des dépenses entre la recherche et développement et les ventes totales au Canada des médicaments éthiques de cette société, plus 4 pour cent (afin de tenir compte de la promotion), et ce, en proportion des mêmes variables pour l'ensemble des sociétés qui doivent accorder des licences pour l'utilisation de leurs brevets au Canada.

Le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique et sa distribution peuvent être exprimés par une formule.

prenons :

ST = valeur des ventes de tous les médicaments éthiques

SC = valeur des ventes au Canada par les sociétés génériques de médicaments fabriqués sous licence obligatoire

A = une entreprise au Canada ayant des brevets qui font l'objet de licences obligatoires

I = toutes les entreprises au Canada ayant des brevets qui font l'objet de licences obligatoires

R&D = dépenses de recherche et développement

Le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique est :

[(R&D/ST) pour l'industrie à l'échelle mondiale + 0,04] x SC

La part de l'entreprise A est :

$$\frac{[(R\&D/ST)A \text{ au Canada} + 0{,}04] \times SC \text{ des brevets de A}}{[(R\&D/ST)I \text{ au Canada} + 0{,}04] \times SC} \times \text{Fonds}$$

La Commission estime que le rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes à l'échelle mondiale, pour les sociétés exploitées au Canada est de 10 pour cent. Un exemple peut être fourni de l'effet des redevances proposées lorsqu'on utilise ce rapport et compte tenu de ventes totales au Canada de 46 millions de dollars de médicaments fabriqués sous licence obligatoire. Le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique serait de 6,44 millions de dollars [(0,10 + 0,04) x 46 millions de dollars = 6,44 millions]. Une société détentrice de brevets au Canada dont les ventes de médicaments fabriqués par des sociétés génériques sous licence obligatoire sont de 5 millions de dollars et qui a un rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes de 4,5 pour cent (moyenne actuelle de l'industrie) recevra un paiement de 700 000 $ ou 14 pour cent des ventes du détenteur de licence.

$$\left[\frac{(0{,}045 + 0{,}04) \times 5 \text{ millions } \$}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions } \$} \times 6{,}44 \text{ millions } \$ = 700\,000 \$\right]$$

Si cette entreprise ne fait pas de recherche, elle recevra 329 412 $ ou 6,6 pour cent.

$$\left[\frac{(0{,}04) \times 5 \text{ millions } \$}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions } \$} \times 6{,}44 \text{ millions } \$ = 329\,412 \$\right]$$

Si le rapport de recherche est de 10 pour cent, elle recevra 1 152 941 $ ou 23 pour cent de la valeur des ventes du détenteur de licence.

$$\left[\frac{(0{,}10 + 0{,}04) \times 5 \text{ millions \$}}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions \$}} \times 6{,}44 \text{ millions \$} = 1\,152\,941 \text{ \$}\right]$$

Pour les 50 plus grandes sociétés au Canada en 1983, le rapport le plus élevé entre les dépenses de recherche et développement et les ventes est de 20 pour cent; une telle société recevra alors des redevances de 39,5 pour cent des ventes du détenteur de licence.

Le coût pour le consommateur des mesures proposées ne peut être évalué qu'en relation à la situation actuelle. En 1983, la valeur de production des 32 médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées et affrontant la concurrence de produits génériques, était de 217 millions de dollars, dont 46 millions reviennent aux sociétés fabriquant des produits génériques. Si les mesures proposées avaient été appliquées cette année, les détenteurs d'une licence auraient payé des redevances de 6,4 millions de dollars au lieu de 4 pour cent (1,8 million de dollars) effectivement versés. Il y aurait ainsi eu un coût supplémentaire de 4,6 millions de dollars pour les détenteurs de licences obligatoires qui auraient augmenté leurs prix pour compenser au moins cette somme. En outre, les sociétés détentrices d'un brevet qui produisent 78 pour cent des 32 médicaments fabriqués sous licence obligatoire auraient pu, soit augmenter leurs prix, soit conserver une plus grande part du marché pour leurs produits plus coûteux. Si elles avaient ajouté à leurs prix la différence de 10 pour cent entre le taux actuel de redevance et celui proposé, les coûts des médicaments auraient augmenté de 22 millions de dollars. Ces deux éléments totalisent 26,6 millions de dollars. Si les entreprises détentrices de brevets avaient gardé 10 pour cent du marché, cela aurait augmenté les coûts des médicaments de 26 millions de dollars, pour le même volume, parce que leurs prix étaient en moyenne deux fois plus élevés que ceux des produits génériques. Dans ce cas, la somme des deux éléments aurait été de 30,6 millions de dollars.

Il est impossible de prévoir quel serait l'effet des redevances proposées. Cela dépend des réactions des sociétés aux nouveaux stimulants. En outre, la part du marché que détiennent les sociétés, comme la pénétration des produits sur ce marché, sur lesquelles reposent les estimations précédentes, évolue sans cesse sous les effets de l'apparition de nouveaux produits, de licences obligatoires et de l'évolution des stratégies de commercialisation.

Mais l'incertitude est inhérente à l'économie de marché. L'objectif souhaitable de la politique industrielle est d'établir des conditions de concurrence entre les entreprises qui favorisent l'efficacité et qui soient équitables. De l'avis de la Commission, ses propositions de maintien de licences obligatoires permettant l'importation de produits pharmaceutiques, en en modifiant les conditions, contribueraient à réaliser cet objectif.

Brevets pour les produits et les procédés et renversement du fardeau de la preuve

L'article 41(1) de la *Loi sur les brevets* limite les brevets pharmaceutiques aux procédés. Le produit lui-même n'est protégé que lorsqu'il est fabriqué selon le procédé breveté. En limitant la délivrance de brevets pour les procédés ou aux produits fabriqués selon ces procédés, on affaiblit la protection conférée par le brevet puisque la découverte de nouveaux moyens de fabrication est un moyen d'éviter la délivrance d'un brevet.

Les objectifs de la licence obligatoire et des limites imposées à la délivrance de brevets pour les produits sont les mêmes : ils réduisent les entraves à la concurrence avec les produits très demandés. Une licence obligatoire permet au concurrent d'importer et de fabriquer un produit identique; la délivrance d'un brevet pour le procédé seulement permet de contourner le brevet en trouvant un autre moyen de fabriquer le même produit. Cette dernière solution conduit à un gaspillage des ressources et est manifestement un bien plus mauvais moyen de permettre la concurrence.

Dans les cas où on peut obtenir une licence obligatoire, les restrictions imposées à l'attribution de brevets pour les produits ne sont pas nécessaires pour limiter le monopole temporaire créé par le brevet. C'est en fait le contraire. Lorsqu'une licence est consentie pour la reproduction d'un produit, il faudrait accorder des brevets offrant une protection élargie afin de réduire l'incidence de la recherche faite par les concurrents essentiellement dans un but de reproduction ou d'équivalence.

La Commission recommande la suppression des limites imposées par la* Loi sur les brevets *pour les produits pharmaceutiques, à condition de conserver les dispositions de la* Loi sur les brevets *relatives aux licences obligatoires modifiées comme il est proposé dans ce rapport.

Le renversement du fardeau de la preuve est imposé par l'article 41(2) de la *Loi sur les brevets*. Son but est de faciliter la preuve dans les allégations de contrefaçon des brevets pour procédés. La raison logique en est que l'auteur allégué de la contrefaçon sait mieux que le titulaire du brevet s'il a contrefait le brevet. Dans ce cas, il doit prouver qu'il n'utilise pas le procédé allégué. D'où le renversement du fardeau de la preuve. En supprimant les limites imposées aux brevets pour les produits pharmaceutiques, ce renversement ne serait plus nécessaire. En outre, les sociétés fabriquant des produits génériques au Canada ne connaissent pas toujours le procédé utilisé pour la production des principes actifs qu'elles importent et ne peuvent donc le divulguer, ce qui fait que le renversement du fardeau de la preuve leur impose une charge indue.

La Commission recommande l'annulation du renversement du fardeau de la preuve pour les brevets pharmaceutiques.

Les diverses recommandations de la Commission en faveur d'une modification de la *Loi sur les brevets* et des dispositions pour l'attribution de licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques visent à assurer une

protection suffisante aux brevets et à offrir les stimulants nécessaires. Elles forment un ensemble d'éléments interdépendants. Le premier est la période de protection de quatre ans des détenteurs de brevets pour leur permettre d'assurer l'implantation de leurs produits et de leurs marques de commerce à l'abri de la concurrence. Le deuxième élément est le paiement de redevances par les détenteurs de licences obligatoires : ceux-ci doivent payer pour les avantages qu'ils retirent des dépenses mondiales de recherche à l'échelle mondiale et de promotion engagées au Canada par les détenteurs de brevets. Le paiement de redevances est le même pour tous les titulaires de licences obligatoires et constitue donc une taxe uniforme qui protège de la même façon tous les brevets de l'octroi de licence. La répartition du Fonds de redevance encourage la recherche au Canada puisqu'elle se révèle être une rémunération importante. Un troisième élément est le renforcement de la protection des brevets en permettant de breveter les produits, ce qui se justifie parallèlement au maintien de l'attribution de licences obligatoires. Le dernier élément est l'annulation du renversement du fardeau de la preuve qui s'applique seulement aux brevets pour procédés et qui, en tout état de cause, n'est pas indiqué compte tenu de la situation particulière des détenteurs de licences obligatoires dans l'industrie canadienne.

Le changement d'un de ces éléments compromettrait l'équilibre souhaité entre la protection des intérêts des détenteurs de brevets et la création, dans l'industrie, d'une concurrence suffisamment forte pour assurer des prix raisonnables qui profitent aux contribuables et aux consommateurs. Il faudrait alors faire un réajustement des autres éléments afin de sauvegarder cet équilibre.

Le résultat de ces propositions serait que les consommateurs et les contribuables canadiens paieraient une part équitable des coûts de recherche pharmaceutique à l'échelle mondiale, pour les médicaments fabriqués sous licence obligatoire, aux entreprises qui assurent une part équitable de cette recherche au Canada. L'adoption de ces propositions assurerait également des prix qui ne seraient pas suffisamment élevés pour entraîner des profits ou des coûts de vente excessifs, assurant ainsi la protection du consommateur.

Réglementation des médicaments

Depuis les années 1940, le nombre et la force des médicaments découverts et commercialisés ont connu une augmentation considérable. Ces médicaments se sont avérés très utiles pour combattre les maladies et améliorer la qualité de vie, mais ils ont aussi inévitablement provoqué des effets indésirables chez certains patients. C'est pourquoi la plupart des gouvernements ne permettent pas la vente de médicaments dans leur pays sans une autorisation officielle fondée sur l'examen des renseignements fournis sur le médicament, y compris des rapports sur les tests cliniques. Beaucoup de gouvernements exigent également une approbation préalable des organismes de réglementation avant que les médicaments ne fassent l'objet d'essais sur des personnes.

Au Canada, c'est la Direction de la protection de la santé du ministère de la Santé et du Bien-être qui est responsable de l'application du processus réglementaire. Il est partout reconnu que le Canada applique des normes élevées pour déterminer l'innocuité et l'efficacité de médicaments nouveaux. Il est également vrai que le processus réglementaire canadien pour les tests cliniques et l'approbation de médicament nouveaux est plus lent que dans d'autres pays.

Cette lenteur du processus réglementaire retarde indûment la commercialisation de médicaments utiles, au détriment des malades. Ces retards gonflent les coûts des entreprises pharmaceutiques parce qu'elles doivent continuer à assumer des frais élevés de développement avant de pouvoir tirer recettes de leurs ventes. Cet état de fait n'incite pas non plus les sociétés à faire des tests cliniques ni de la recherche au Canada malgré la présence de chercheurs hautement compétents et le faible coût de la recherche clinique au Canada par rapport aux États-Unis.

La Commission estime que le processus d'autorisation de la commercialisation de nouveaux médicaments au Canada devrait être accéléré. À cette fin, ***elle recommande que les présentations pré-cliniques de nouveaux médicaments ne comprennent qu'un résumé des renseignements sur le nouveau médicament, attesté au Canada par un professionnel de la santé, et un protocole des études cliniques proposées. La Commission recommande également que les approbations pour ces présentations pré-cliniques soient automatiquement accordées dans le mois qui suit leur réception à moins que la Direction de la protection de la santé n'ait une raison précise de ne pas le faire ou exige plus de renseignements de la société qui en fait la demande. L'approbation devrait également valoir pour les protocoles de recherche aux étapes 1, 2 et 3 qui ne devraient pas exiger d'autres approbations à moins d'une décision expresse de la Direction de la protection de la santé.***

Il importe également que l'autorisation finale de commercialisation des nouveaux médicaments soit plus rapide. Bien que la Commission ne puisse juger du bien-fondé de toute mesure visant à accélérer le processus, elle est convaincue que cet objectif pourrait être atteint sans accroître les risques pour les patients.

La Commission recommande que la Direction de la protection de la santé réorganise ses activités afin d'être en mesure de donner suite aux Présentations de nouveaux médicaments et aux Présentations supplémentaires de nouveaux médicaments dans les 120 jours.

En raison du risque d'effets indésirables à la suite de la mise sur le marché de nouveaux médicaments et de leur distribution à un grand nombre de patients, la Commission recommande qu'un règlement permette à la Direction de la protection de la santé d'exiger des fabricants des études de post-commercialisation comme condition de l'octroi de l'autorisation de commercialisation.

La Commission recommande également l'octroi d'avis de conformité sans révision au Canada, en ce qui concerne les Présentations de nouveaux médicaments et les Présentations supplémentaires pour les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux qui n'ont pas reçu cet avis au Canada mais qui l'ont déjà reçu aux États-Unis, et ou en France ou au Royaume-Uni, et ce jusqu'à ce que l'arriéré de présentations ait été absorbé et que les procédures aient été modifiées afin que le délai d'autorisation ne dépasse pas 120 jours.

Recours aux comités d'experts non gouvernementaux

La Commission estime que le processus de prise de décision relatif à l'approbation de tests cliniques pour les médicaments et à la commercialisation de nouveaux médicaments au Canada devrait être modifié afin de permettre de faire appel aux vastes connaissances techniques qui existent hors du secteur public. Ces experts non gouvernementaux devraient participer à la prise de décision concernant des médicaments particuliers et à l'élaboration des règlements et des directives à suivre pour prendre certaines décisions.

Au Royaume-Uni et en France, l'autorisation de la commercialisation d'un médicament relève de comités d'experts composés de pharmacologues, de chimistes, de médecins et d'experts dans le domaine pharmaceutique. Aux États-Unis, il est fait appel à des comités consultatifs d'experts au cours du processus de révision. En revanche, le Canada s'adresse très rarement à des experts hors du secteur public pour l'évaluation et l'autorisation des médicaments.

Les comités d'experts non gouvernementaux permettent l'utilisation des connaissances de toutes les personnes les plus compétentes du pays (et pas seulement de celles qui travaillent pour le gouvernement). L'expérience quotidienne de ces experts avec leurs propres patients est particulièrement précieuse pour fournir un avis éclairé sur l'équilibre à maintenir entre les avantages et les inconvénients de nouveaux médicaments. En outre, les comités d'experts protègent le processus de décision contre les pressions exercées par l'opinion publique qui est très sensible au problème des effets indésirables d'un médicament mais qui sait peu des bienfaits possibles des médicaments nouveaux.

La Commission recommande qu'un comité d'experts, appuyé par le personnel de la Direction de la protection de la santé, soit créé par règlement afin de rendre des jugements définitifs sur la délivrance d'Avis de conformité pour les nouveaux médicaments présentés. La Commission recommande également qu'au cours des diverses étapes du processus de révision, on puisse faire appel à des comités consultatifs réglementaires d'experts non gouvernementaux.

Il importe que la révision exhaustive, exigée et déjà entreprise en partie par la Direction de la protection de la santé afin d'établir les directives et les procédures appropriées, repose sur un consensus scientifique et se fasse dans un

esprit ouvert. ***La Commission recommande donc que le ministre de la Santé et du Bien-être crée un comité consultatif d'experts de la Direction de la protection de la santé, des universités, des hôpitaux et de l'industrie (représentant ainsi les nombreux intérêts en cause) qui proposerait les règlements et les directives appropriés pour l'évaluation et l'autorisation de commercialisation des médicaments.***

La Commission estime que, dans le cadre des règlements visant à assurer l'innocuité et l'efficacité de nouveaux médicaments, il faudrait éviter de gaspiller les ressources ou d'entraver la concurrence lorsque cela est possible. ***La Commission recommande par conséquent de faciliter la disponibilité et l'utilisation de Monographies de produits (qui décrivent les caractéristiques des nouveaux médicaments).***

Innocuité : format de présentation d'origine des médicaments et notices de renseignements

Le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et quelques autres pays suivent encore la méthode anachronique pour les médicaments délivrés sur ordonnance, qui consiste pour les pharmaciens à recevoir les médicaments en vrac pour ensuite les emballer et les étiqueter avant de les vendre au détail. C'est du gaspillage parce qu'il est moins coûteux de faire emballer les médicaments par des machines que par les pharmaciens, sans compter les risques que cela entraîne parce que l'emballage en pharmacie accroît le danger de dégradation des produits, et que le médicament est rarement accompagné du dépliant qui fournit des renseignements sur la posologie, les indications, les avertissements, la date d'expiration et d'autres détails que le consommateur a le droit de connaître.

La Commission recommande que des mesures soient prises afin de s'assurer que les produits pharmaceutiques soient vendus au détail aux consommateurs dans l'emballage original du fabricant et que des renseignements complets sur le produit soient fournis d'une façon claire et intelligible pour le profane. On devrait fournir des indications comme le mode d'emploi, la posologie, un avertissement au sujet des effets secondaires, une liste complète du contenu et d'autres renseignements pertinents. Il faudrait que les médecins puissent demander aux pharmaciens de ne pas divulguer ces renseignements à certains malades.

Marché de détail et politique provinciale

La licence obligatoire permettant l'importation a permis de mettre à la disposition des consommateurs canadiens des médicaments commercialisés par des entreprises de produits génériques à des prix moins élevés que ceux des sociétés détentrices d'un brevet.

La politique provinciale à l'égard du marché de détail a beaucoup influé sur la mesure dans laquelle les consommateurs profitent de la possibilité d'acheter des médicaments moins coûteux. La politique diffère d'une province à l'autre en ce qui concerne les stimulants en faveur de la substitution d'un produit interchangeable par un autre et la responsabilité des pharmaciens pour le choix de médicaments à bas prix. La vigueur avec laquelle les provinces encouragent la substitution de médicaments équivalents par des moins chers varie d'une province à l'autre, pour la portion du marché où les médicaments sont remboursés par la province aux consommateurs (ce qui représente environ 43 pour cent du marché de détail), et dans le secteur privé où le consommateur est remboursé par une compagnie privée d'assurance ou n'est pas remboursé du tout. Environ 15 pour cent de la population canadienne n'est pas couverte par un régime d'assurance public ou privé.

La Commission a étudié le marché de détail des produits pharmaceutiques dans les provinces et a analysé la mesure dans laquelle les consommateurs profitent de la présence de marques moins coûteuses. Les prix moyens payés par eux étaient moins élevés dans les provinces où certains produits étaient définis comme interchangeables, où l'achat de produits moins chers était obligatoire ou encouragé et où le coût du médicament remboursé au pharmacien (en plus du versement d'honoraires professionnels) était le coût réel du médicament au prix du fabricant ou au prix de gros et non un prix gonflé.

Dans aucune province, les régimes publics de remboursement n'ont permis de réaliser plus de la moitié des possibilités d'économies offertes par la différence entre les prix demandés par les entreprises de produits génériques et ceux des entreprises détentrices de brevets. La Commission n'a pas évalué la proportion dans laquelle le marché privé a profité de la différence des prix, mais il est évident que cette proportion n'est pas très élevée. Cela se traduit par le fait que seulement 34 pour cent du volume des médicaments sous licence obligatoire soumis à la concurrence sont vendus par des entreprises de produits génériques.

La Commission estime que les pressions fiscales sur tous les gouvernements, y compris les gouvernements provinciaux, continueront à exister et conduiront à des tentatives de contrôle du coût des médicaments par les trésors provinciaux ainsi que par les particuliers. La Commission estime que les gouvernements provinciaux tireront des leçons de leurs expériences respectives pour évaluer les avantages et les inconvénients des différents aspects de politiques.

La Commission craint que d'autres mesures de contrôle du coût des médicaments aient un caractère de plus en plus réglementaire et bureaucratique et qu'elles soient coûteuses pour les fabricants comme pour l'industrie de détail et qu'elles entravent le commerce interprovincial.

Dans le cadre de ses efforts de contrôle du coût des médicaments, aucun programme provincial n'a accordé d'importance au choix des consommateurs.

La Commission estime que ceux-ci devraient être encouragés à rechercher les pharmacies offrant des prix moins élevés. C'est possible lorsque les consommateurs peuvent reconnaître des marques de substitution et comparer les prix entre les pharmacies.

Un médicament est un produit complexe avec trois noms au moins : le nom chimique qui indique sa composition, un nom générique plus simple qui lui est attribué par l'Organisation mondiale de la santé, et un nom de marque, habituellement le plus simple, donné par chaque fabricant. La plupart des consommateurs ne savent pas quelles marques ont un substitut; autrement dit, ils ne savent pas quelle autre marque contient les mêmes ingrédients chimiques actifs ni quels sont ses substituts.

Afin d'aider le consommateur à faire un choix éclairé entre les différentes marques d'un même médicament, ***la Commission recommande que tous les médicaments délivrés sur ordonnance portent une étiquette indiquant clairement leur nom générique, quel que soit l'autre nom qui peut également y figurer.***

Le consommateur qui cherche le médicament le moins coûteux doit surmonter un autre obstacle : il doit se renseigner à différents points de vente.

La Commission recommande que les gouvernements provinciaux annulent toute restriction sur l'affichage des prix des médicaments, des honoraires professionnels, ou des deux;

que les pharmaciens soient expressément autorisés à donner des renseignements au téléphone sur le prix des médicaments, et

que le reçu indique le prix du médicament et le montant des honoraires professionnels.

Les consommateurs seront encouragés à rechercher les prix les moins élevés s'ils en payent eux-mêmes une partie. Leur contribution doit augmenter proportionnellement au coût de l'ensemble de leurs achats. Il est évident qu'on n'atteint pas un tel objectif par la déduction annuelle d'une somme uniforme à moins que celle-ci ne dépasse le montant de l'ensemble des achats de médicaments par le consommateur. Une franchise a le mérite de réduire le coût global pour l'assureur du remboursement des coûts des médicaments et de limiter aussi les coûts administratifs. Cependant, à moins que cette somme ne soit très importante et ne soit destinée à protéger seulement les plus gros consommateurs de médicaments, elle freine la concurrence des prix sur le marché de détail en réduisant les stimulants aux consommateurs.

La Commission recommande aux gouvernements provinciaux de s'assurer que les programmes publics de remboursement de médicaments exigent une contribution importante du consommateur à chaque achat sous une forme qui favorise la concurrence des prix, et d'encourager les régimes privés de remboursement de médicaments à comporter également une telle clause.

Recherche et développement

La Commission est convaincue que ses propositions de répartition du Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique, en fonction des dépenses de recherche des sociétés pour les brevets desquelles on a accordé des licences obligatoires, ainsi que les programmes actuels de subventions et de stimulants fiscaux à la recherche, constituent un encouragement suffisant à la recherche pour l'industrie pharmaceutique au Canada. Cependant, la Commission craint que l'accès des petites sociétés faisant beaucoup de recherche à ce type d'aide financière ne soit limité par les exigences complexes de la plupart des mécanismes de subvention, par leur manque de souplesse en face des besoins en liquidités des petites entreprises ainsi que par la faible rentabilité de l'entreprise au cours de ses premières années d'exploitation qui ne lui permet pas de profiter des stimulants fiscaux.

La Commission estime que l'octroi d'aide financière à la recherche à l'industrie pharmaceutique devrait être simplifié, peut-être au moyen d'une simple subvention qui serait proportionnelle au rapport des dépenses de recherche sur les ventes de l'entreprise afin de faciliter l'admissibilité des petites entreprises à cette aide.

La Commission recommande aux ministères de faciliter l'admissibilité à l'aide financière de petites entreprises axées sur la recherche en révisant leurs politiques d'aide financière à la recherche pour la rendre plus simple, plus rapide, plus stable et plus prévisible.

Conclusion

Il ressort de l'examen et de l'analyse de l'industrie pharmaceutique au Canada que l'effet de la politique touchant cette industrie est salutaire. Ses principaux aspects portent sur le règlement en matière de santé, qui vise à assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments, sur l'octroi de licences obligatoires à l'importation pour faciliter l'implantation de nouvelles entreprises dans le secteur de fabrication de produits finis et pour accroître la concurrence par les prix. Ils concernent également les règles provinciales de substitution et de sélection des médicaments par les pharmaciens qui sont avantageuses pour les consommateurs qui bénéficient alors de prix moins élevés grâce à l'octroi de licence obligatoire.

En dépit des excellents résultats obtenus grâce à ces politiques, la Commission recommande un certain nombre de modifications et de prolongements des dispositions actuelles. Le processus d'autorisation de la commercialisation devrait être plus expéditif et faire une plus large place à la consultation. Les conditions de délivrance des licences obligatoires devraient garantir que les sociétés qui reçoivent ces licences prennent à leur charge leur partie des dépenses des activités de recherche et de développement et de promotion dont elles profitent. Les redevances devraient être versées aux sociétés détentrices

d'un brevet sous une forme qui encourage la recherche au Canada. Les régimes provinciaux devraient mieux renseigner les consommateurs sur les possibilités de substitution de médicaments et sur les prix et ils devraient les inciter à rechercher des médicaments moins coûteux.

Ces mesures permettraient d'accélérer la commercialisation des médicaments nouveaux, d'encourager la recherche au Canada; elles permettraient également aux consommateurs de mieux profiter des avantages possibles des politiques en vigueur.

Ce système canadien modifié rendrait plus attrayante la production et la recherche pharmaceutiques dans notre pays. Cet attrait relatif du Canada pour l'industrie, par rapport à d'autres pays, augmentera encore dans un avenir prévisible à cause de la tendance croissante des pays industrialisés à intervenir directement et avec vigueur dans les activités de l'industrie pharmaceutique. Ces interventions ont pour objet de restreindre le nombre des médicaments faisant l'objet d'un remboursement, ce qui réduit les profits de l'industrie et les possibilités, pour les médecins, de prescrire librement des médicaments, de réduire les profits accordés à l'industrie, d'imposer un contrôle sévère des prix, de réduire les dépenses de publicité et de substituer les produits génériques aux autres. Ces régimes, qui existent depuis longtemps en France, en Italie et en Belgique, se généralisent et deviennent plus rigoureux dans les pays tels que le Royaume-Uni et l'Allemagne de l'Ouest, où il est de tradition de favoriser particulièrement les sociétés détentrices de brevets. La plupart de ces restrictions n'ont pas cours au Canada.

La situation plus favorable qui règne au Canada, jointe à la demande croissante de médicaments due au vieillissement de la population, entraînera probablement un accroissement de la production de médecines, une augmentation considérable de la recherche chimique et peut-être aussi des activités de recherche de base dans l'industrie pharmaceutique. La recherche fondée sur les technologies nouvelles dans les domaines particulièrement importants où le Canada a toujours été très fort, tels que l'application de la biotechnologie à l'élevage, est riche de promesses. Le Canada créera peut-être des spécialités dans les secteurs où ses chercheurs excellent. La Commission estime cependant que le Canada a peu de chances de devenir un centre mondial de recherche pharmaceutique ou de production de principes chimiques actifs.

Introduction

Les industries pharmaceutiques de la plupart des pays industrialisés ont beaucoup de points en commun, principalement, celui d'être dominées par des sociétés multinationales, intégrées verticalement. Ces sociétés effectuent des recherches et produisent des principes actifs, habituellement dans un très petit nombre de lieux favorables, mais elles fabriquent le produit final, en font la promotion et le vendent dans plusieurs parties du monde. Elles ont également ceci de particulier qu'elles engagent beaucoup de dépenses pour la promotion de produits portant leurs marques de commerce. Les profits et les dépenses associés à la recherche et au développement sont généralement élevés par rapport à d'autres industries. La concurrence au niveau des prix est limitée. Le marché est habituellement partagé entre les hôpitaux et les gouvernements locaux d'une part, et les consommateurs d'autre part. Les prix demandés aux institutions sont souvent plus faibles et les efforts de promotions sont moins intenses auprès d'eux qu'auprès des médecins et des pharmaciens.

Dans beaucoup de pays, l'État pratique des politiques particulières à l'égard de l'industrie pharmaceutique. Dans ces pays, les sociétés et les associations de fabricants de produits pharmaceutiques déploient des efforts considérables pour influencer l'opinion publique et l'État dans le sens de leurs intérêts. Les relations publiques de l'industrie ont des objectifs précis qui varient selon les politiques du pays.

Au Canada, l'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets* s'applique seulement à l'industrie pharmaceutique et permet la délivrance de licences obligatoires à l'importation. Cet article est la bête noire de l'industrie, qui cherche par tous les moyens à le faire abroger. L'industrie critique également les politiques provinciales qui encouragent ou exigent la substitution de produits génériques aux produits de marque. Au Royaume-Uni, l'industrie s'inquiète du taux réduit de profits que le *Department of Health and Social Services* lui autorise et elle s'alarme parce que l'État a annoncé son intention de réduire à quelques produits génériques le nombre de médicaments remboursables dans huit catégories thérapeutiques. En Allemagne de l'Ouest, les compagnies d'assurance restreignent de plus en plus l'achat de médicaments coûteux en publiant des «listes négatives» de produits non remboursables. En France, en Italie et en Belgique, l'industrie pharmaceutique est mécontente des faibles prix autorisés par l'État. Au Japon, les montants remboursés par les régimes d'assurance-maladie pour l'achat de médicaments ont été fortement réduits. Aux États-Unis, l'industrie s'oppose aux programmes fixant un maximum pour les coûts autorisés et aux dispositions prévoyant la substitution dans la législation des états et dans les lois fédérales des coûts de remboursement des

médicaments pour les personnes âgées. Les membres de la Fédération européenne des associations de l'industrie pharmaceutique s'opposent activement à l'arbitrage des produits brevetés entre les marchés européens à cause des différences extrêmes de prix pour un même produit dans des pays pratiquant des politiques différentes. (Cet arbitrage s'appelle également «importation parallèle».) Il y a bien d'autres exemples d'efforts concertés des entreprises et de leurs associations pour infléchir les politiques nationales en leur faveur.

La nature des politiques particulières à l'égard de l'industrie pharmaceutique varie d'un pays à l'autre et dans le temps. Ainsi, préoccupé par le manque d'entreprises pharmaceutiques appartenant à des intérêts britanniques, situation attribuée à la protection excessive que conféraient les brevets aux entreprises étrangères avant la Première guerre mondiale, le gouvernement britannique modifiait, en 1919, sa loi sur les brevets et limitait aux procédés ou aux produits par procédé, et non aux produits eux-mêmes, la protection accordée par brevet pour les produits alimentaires et pharmaceutiques. Il rendait aussi obligatoire l'octroi de licences pour les brevets de façon à faciliter l'implantation de nouvelles entreprises. Cette loi, largement copiée dans d'autres parties de l'Empire britannique, a été introduite au Canada en 1923. Elle exigeait que le principe actif faisant l'objet du brevet soit fabriqué au Canada.

Cette nouvelle disposition de la *Loi sur les brevets* a eu peu d'effets au Canada pendant de nombreuses années. Vers la fin des années 1950 et dans les années 1960, l'attitude de la population vis-à-vis l'industrie pharmaceutique et les politiques de l'État concernant cette industrie ont beaucoup changé. L'une des causes a été la mauvaise publicité qui a entouré l'affaire des malformations congénitales causées par la thalidomide chez les enfants dont la mère avait pris ce médicament pendant une grossesse entre 1955 et 1961. Cet événement a semé le doute sur l'efficacité des méthodes d'établissement de l'innocuité des nouveaux médicaments.

L'autre grand facteur ayant contribué à l'éveil de l'opinion publique a été le compte rendu des travaux du sous-comité du Sénat des États-Unis sur l'anti-trust et le monopole, présidé par le sénateur Kefauver, sur le comportement et la rentabilité de l'industrie pharmaceutique. L'impression qui s'est répandue, c'est que l'industrie fixait des prix élevés, encourait des frais excessifs de vente et négligeait parfois les intérêts du public dans sa quête fructueuse de profits présumément excessifs.

Préoccupés de sécurité, les États-Unis ont décidé, en 1962, de modifier la loi sur les aliments, les médicaments et les cosmétiques (*Food, Drug and Cosmetic Act*). Dorénavant, la *Food and Drug Administration* n'autorisait la commercialisation de médicaments qu'après s'être assurée qu'ils représentaient un certain progrès thérapeutique et de leur innocuité de façon plus convaincante. Le Canada et d'autres pays ont aussi pris des mesures semblables et ont mis en place les longs et complexes processus nécessaires à leur application.

Toutefois, la politique canadienne en matière de concurrence dans l'industrie du médicament s'est singularisée. En 1969, le gouvernement canadien a modifié la *Loi sur les brevets* en introduisant l'octroi obligatoire de licences à l'importation de médicaments au Canada. Cette diminution des obstacles à la venue de concurrents dans l'industrie avait pour but de faire baisser les prix au bénéfice des consommateurs en visant sur les forces du marché et sur la concurrence accrue. D'autres pays ont eu recours à la réglementation pour agir sur la performance de l'industrie.

Le gouvernement britannique réglemente étroitement l'industrie pharmaceutique en fixant un taux admissible de profit pour chaque entreprise en fonction de son rendement en Grande-Bretagne, rendement mesuré principalement par la recherche et le développement qui y sont effectués et par le niveau des exportations. Le taux moyen permis a été beaucoup réduit, au cours des dernières années, dans un effort pour limiter les coûts. Le gouvernement contrôle également le volume de publicité, qui était auparavant jugé excessif, en refusant de rembourser, dans le prix des médicaments défrayé par le service national de santé, plus qu'un certain pourcentage attribuable aux dépenses de promotion. Le gouvernement français cherche également à réduire les coûts de promotion en taxant la publicité et, comme beaucoup d'autres pays, en imposant un contrôle strict des prix. Le rendement de l'entreprise en France influe sur le niveau de contrôle des prix qui établissent une distinction entre les médicaments en fonction de la proportion du prix d'achat remboursé par l'assurance publique.

Au cours des années 1970, les gouvernements provinciaux au Canada ont assumé de plus en plus le financement des programmes de santé. L'État est intervenu par exemple dans le remboursement du coût des médicaments. Les politiques variaient d'une province à l'autre, mais dans la plupart des cas, le gouvernement remboursait le coût des médicaments aux personnes âgées de 65 ans et plus et aux bénéficiaires de l'aide sociale. Certaines provinces ont étendu cette disposition à toute la population. Ces programmes, très coûteux, ont amené les gouvernements provinciaux à vouloir limiter les coûts. Cet objectif devait être partiellement atteint en encourageant la substitution de médicaments génériques moins coûteux aux produits de marque. Diverses mesures ont été prises pour permettre, provoquer ou exiger explicitement l'emploi des médicaments les moins coûteux. Ces mesures ont donné lieu à des substitutions plus ou moins nombreuses dans les programmes de remboursement des gouvernements provinciaux.

Toutefois, il y a très peu de substitution sur le marché auquel s'approvisionne directement la population qui paye elle-même ses médicaments ou qui se fait rembourser par une assurance privée. Les médecins prescrivent de plus en plus de produits génériques et les programmes de remboursement par des tiers sont de plus en plus limités aux produits génériques lorsqu'ils sont disponibles, de sorte que la part du marché réservée aux produits génériques pourrait croître dans l'avenir.

Pour atteindre les mêmes résultats que d'autres gouvernements, les provinces canadiennes ont adopté sensiblement les mêmes mesures. Aux États-

Unis, plusieurs États ont aboli les lois anti-substitution et ont pris des mesures pour réduire les prix et encourager la substitution. Les lander allemands et les cantons suisses ont également pris des mesures pour réduire les coûts des produits pharmaceutiques que l'État doit rembourser.

Trois trains de mesures touchent donc l'industrie pharmaceutique au Canada. Premièrement, il y a un mécanisme de réglementation suivant lequel la commercialisation d'un médicament est approuvée uniquement après que son innocuité et son efficacité ont été suffisamment établies. Deuxièmement, il y a l'octroi obligatoire de licence, figurant à l'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets*, pour influer sur le jeu de la concurrence. Troisièmement, il y a des mesures provinciales de substitution et de remboursement des médicaments qui visent à modifier la structure et le rendement du marché de détail et les prix payés par les consommateurs ou les contribuables pour les médicaments.

Ces mesures sont interdépendantes de deux façons. Des politiques visant un objectif, comme l'innocuité, peuvent avoir des effets défavorables sur d'autres objectifs, comme la recherche ou les bas prix. Par ailleurs, des politiques peuvent être conçues pour se compléter dans la réalisation d'un objectif particulier, comme c'est le cas pour l'octroi obligatoire de licence établi par le gouvernement fédéral et les programmes provinciaux de remboursement des médicaments, deux mesures visant à réduire les prix.

Le mécanisme d'approbation est conçu pour établir l'innocuité et l'efficacité thérapeutiques des médicaments, mais il augmente très sensiblement le coût d'introduction des nouveaux médicaments en augmentant celui de la recherche et en provoquant de longs délais pour la commercialisation d'un produit. Il touche également la position concurrentielle des entreprises de produits génériques par rapport aux entreprises titulaires de brevets étant donné que les règlements sont beaucoup moins sévères pour les produits génériques que pour un médicament introduit pour la première fois au Canada.

L'octroi obligatoire de licence à l'importation a augmenté les possibilités de concurrence. Par ailleurs, les programmes provinciaux de remboursement ont accentué la perception des écarts de prix en pharmacie et tirent avantage des possibilités de prix plus bas offertes par la substitution de produits génériques aux produits brevetés, grâce à la législation fédérale. Ces deux mesures ont permis à des entreprises canadiennes de produits génériques de prendre de l'ampleur et de réaliser des profits, ce qui a du même coup permis aux consommateurs et aux contribuables de bénéficier de prix plus bas.

PARTIE I

DESCRIPTION ET ANALYSE

Chapitre 1

Contexte législatif

Loi sur les brevets

L'article 41 de la *Loi sur les brevets* porte expressément sur les procédés chimiques destinés à l'alimentation ou à la médication. Dans le cadre de ce rapport, nous retiendrons deux dispositions principales : la protection conférée aux produits seulement par voie de leurs procédés brevetés de fabrication,[1] et la licence obligatoire (l'octroi d'une licence afin de permettre à une partie n'ayant pas le brevet d'utiliser les procédés du titulaire de brevet avant l'expiration de la durée de dix-sept ans du brevet) pour la fabrication, l'importation, l'usage ou la vente d'inventions brevetées susceptibles d'être utilisées pour la préparation ou la production de médicaments.[2] L'article prévoit également le paiement d'une redevance au titulaire du brevet, laquelle a été fixée par le Commissaire des brevets, alimentation et médication au taux de « . . . 4 % of the net selling price of the drug in its final dosage form or forms to purchasers at arms length.»[3]

Dans l'arrêt *Imperial Chemical Industries Limited* v. *Commissioner of Patents*, le juge Gibson a défini les médicaments comme «. . . a drug, a therapeutic agent, a biological agent, and a pharmaceutical specialty . . .».[4] En raison de l'apparition récente de la biotechnologie comme secteur important de la médecine de l'avenir, il est question actuellement de l'applicabilité de l'article 41 à des découvertes dans ce secteur.

Historique

L'octroi d'une licence obligatoire pour les produits pharmaceutiques existe au Canada depuis 1923.[5] Jusqu'en 1969, la *Loi sur les brevets* permettait l'octroi de licence obligatoire pour la fabrication, l'usage et la vente de procédés brevetés. En 1969, la *Loi* a été modifiée afin d'autoriser l'octroi d'une licence obligatoire pour l'importation de médicaments.

---

[1] Alinéa 41(1) de la *Loi sur les brevets*, S.R.C., c. P-4

[2] Alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets*, op. cit.

[3] *Frank W. Horner* v. *Hoffmann-La Roche Ltd.*, (1970) 61 C.P.R. 243, p. 262

[4] (1967) 1 R.C.E. 57, p. 61

[5] *Loi sur les brevets*, S.C. 1923, c. 23, art. 17

Avant la modification de la *Loi* en 1969, peu de demandes de licence obligatoire étaient présentées. Le Conseil économique du Canada[6] rapporte qu'entre 1935 et le 27 juin 1969, 49 demandes ont été faites dont 22 seulement ont abouti à l'octroi d'une licence, 4 ont été refusées et 23 ont été abandonnées ou retirées. Après la modification de la *Loi*, on a reçu 559 demandes de licences à l'importation et à la vente : 306 ont été accordées, 15 refusées ou résiliées, 96 abandonnées ou retirées et 142 sont encore en instance (au 31 janvier 1985; données fournies par l'Office des brevets).

La modification de la *Loi sur les brevets* en vue d'y inclure l'octroi d'une licence obligatoire à l'importation résulte d'une série d'études réalisées pendant les années 1960 et selon lesquelles les prix des médicaments au Canada étaient trop élevés par comparaison à ceux d'autres pays.[7]

La modification a conduit à l'octroi de licence aux produits de marque de certaines entreprises, souvent appelées entreprises de produits «génériques», qui pouvaient alors fabriquer et vendre leur propre marque du produit générique de base et aussi vendre plusieurs choix de nombreux médicaments livrés sur ordonnance.

Parallèlement à la modification de la loi fédérale sur les brevets, plusieurs provinces ont adopté leur propre loi pour encourager la concurrence par les prix en permettant ou en exigeant que l'ordonnance de certains genres de médicaments soit exécutée par les pharmaciens qui leur substitueraient des médicaments équivalents au prix le moins cher. Les diverses lois provinciales portant sur la «substitution» et le remboursement de médicaments seront examinées plus loin dans ce chapitre.

Le gouvernement fédéral a récemment étudié les effets de l'alinéa 41 (4) sur l'industrie pharmaceutique et discuté de modifications éventuelles de la *Loi sur les brevets* avec les parties en cause telles que des associations industrielles, des groupes de consommateurs, des organismes professionnels et divers niveaux de gouvernement.

Généralités

En général, les pays développés protègent leurs inventions par un système public d'octroi de brevets qui accorde au bénéficiaire l'usage exclusif de l'invention pendant une période spécifique. La législation sur les brevets d'un pays peut protéger l'article ou la substance même qui est inventé (brevet de

---

[6] Conseil économique du Canada. *Rapport sur la propriété intellectuelle et industrielle* (Ottawa : Information Canada, 1971), p. 70.

[7] Les rapports principaux étaient :

1. Canada, ministère de la Justice. Commission sur les pratiques restrictives du commerce du Canada, *Report Concerning the Manufacture, Distribution and Sale of Drugs* (Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1963)
2. Canada, Commission royale d'enquête sur les services de santé, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé* (Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1964)
3. Canada, Chambre des communes. *Comité spécial chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques* (Ottawa : Imprimeur de la Reine, 1966)

produit), le procédé ou les procédés de fabrication de cet article ou de cette substance (brevet de procédé), le procédé et le produit fabriqué selon ce procédé (brevet de produit par le procédé) ou une combinaison des trois en ce qui concerne différents types d'inventions.

Au Canada, la protection conférée par le brevet à l'égard des procédés chimiques destinés à l'alimentation ou à la médication s'applique au procédé et au produit par le procédé et ne permet pas de détenir un brevet pour la substance chimique. Par conséquent, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, le brevet sera accordé au Canada, non pour le composé chimique lui-même, mais pour la façon ou les façons dont ce composé est fait. Le produit sera protégé seulement s'il est fabriqué par procédé breveté. Cette protection au moyen du produit par le procédé existe également en Pologne, en Argentine, au Mexique et en Inde, notamment. Les pays qui assurent la protection du composé chimique lui-même comprennent les États-Unis, le Royaume-Uni, la Suisse, la France, l'Italie et le Japon.[8]

Quelle est la «portée» ou «l'étendue» de la protection que peut conférer un brevet? Dans le cadre des demandes de brevets au Canada, la politique et les décisions judiciaires ont fait varier l'interprétation de la loi et les procédures qui déterminent le champ vaste ou étroit d'un brevet. En général, les revendications de brevets ont été interprétées de façon stricte : lorsqu'un demandeur demandait une protection pour une vaste catégorie de revendications de procédés, sa revendication était limitée aux divulgations qu'il avait faites. L'interprétation judiciaire[9] a récemment donné une étendue plus vaste à la revendication : il est possible d'examiner la divulgation de ce qui a été fait, d'y ajouter un élément de prédiction et d'inclure dans ce qu'il est permis de revendiquer la catégorie de choses dont on peut raisonnablement prédire qu'elles feront partie de la découverte dans une catégorie relativement vaste de substances.

La durée des droits exclusifs qui sont accordés au titulaire de brevet sur l'invention brevetée diffère d'un pays à l'autre. Normalement, tout brevet accordé en vertu de la *Loi sur les brevets*[10] au Canada est valable pour une période de dix-sept ans à partir de la date d'accession à la demande.

Les États-Unis accordent des brevets dont la durée est de dix-sept ans à partir de la date de délivrance. La plupart des pays membres de la Communauté économique européenne accordent des brevets dont la durée de vingt ans commence à partir de la date de dépôt. Le Japon applique la même règle.[11]

L'exclusivité n'est pas toujours absolue et au Canada, diverses dispositions de la *Loi sur les brevets* prévoient la non-exclusivité. L'article 67 de la *Loi*

---

[8] Anne Marie Green, ed. *Patents Throughout the World*, New York : Clark, Boardman Co., 1984

[9] *Monsanto Co.* v. *Commissioner of Patents* (1979) 42 C.P.R. (2d) 161

[10] Article 48 de la *Loi sur les brevets*, S.R.C., c. P-4

[11] Op. cit., *Patents Throughout the World*

autorise le Commissaire des brevets, si celui-ci estime qu'il y a abus des droits de brevets, à annuler un brevet[12] ou à octroyer à un non-titulaire de brevet une licence pour l'utilisation du procédé du titulaire de brevet. Ce genre de disposition, que l'on trouve également en Suisse, en Allemagne de l'Ouest, au Japon et au Royaume-Uni entre autres, a en général «une importance plus théorique que pratique.»[13]

Au Canada, le recours à l'article 67 a été extrêmement limité. Des 90 demandes présentées en vertu de cet article, seulement 11 ont été acceptées dont aucune dans le secteur des produits pharmaceutiques.[14] La nature de l'industrie pharmaceutique semblerait restreindre l'applicabilité de cet article : les licences peuvent être octroyées pour l'exploitation du brevet mais aucune disposition n'existe à l'égard des licences pour l'importation du produit breveté.[15] Peu de titulaires de brevet au Canada fabriquent en fait les produits chimiques au pays, les économies d'échelle ne le justifiant pas.

En outre, il est difficile d'alléguer l'abus de brevet en fonction du prix seulement, si la demande du marché est satisfaite. Bien que dans un certain nombre de demandes, on ait allégué l'abus des prix, «We are not aware of any licence having been granted ... by reason of the fact that the patentee was charging excessive prices.»[16]

Des dispositions semblables à celles de l'article 67 existent dans d'autres pays, mais elles sont peu souvent invoquées. Par exemple, aucune licence n'a été octroyée en vertu de ces dispositions pour la non-exploitation de brevet en Suisse et au Japon. Certaines dispositions dans quelques pays prévoient l'octroi de licences obligatoires dans l'intérêt public, mais encore là, le recours à ces dispositions a été extrêmement limité (aucun recours au Japon et en Suisse, et aucun en Allemagne de l'Ouest depuis 1943).[17]

Réglementation de l'usage et de la vente de médicaments

Au Canada, les médicaments doivent être approuvés par la Direction de la protection de la santé du ministère fédéral de la Santé et du Bien-être avant de faire l'objet d'essais sur des personnes et d'être commercialisés. Le médicament est défini comme étant «a substance or a mixture of substances that are

---

[12] Alinéa 68(d) de la *Loi sur les brevets*, op. cit.

[13] Lettre de Ciba-Geigy Canada Ltd., Mississauga (Ontario), le 7 décembre 1984

[14] Communication de Hoffmann-La Roche Ltd. à la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique, Etobicoke (Ontario), septembre 1984

[15] Voir *E.H. Tate Company* v. *Lester Sweet Riley* 2 C.P.R. 53, lorsque le Commissaire a autorisé le demandeur à importer une machine au Canada afin d'offrir le produit au public canadien pendant la période précédant la fabrication au Canada, par le titulaire de licence, des machines permettant de produire le produit.

[16] Note de l'Association canadienne de l'industrie du médicament, Ottawa (Ontario), le 13 décembre 1984

[17] Op. cit., lettre de Ciba-Geigy Canada Ltd.

manufactured, sold or represented for use in the diagnosis, prevention, treatment, mitigation, or cure of any disorder or disease in man or animal; or alternatively, a substance that produces a change in body organ functions.»[18] Le règlement élargit nettement cette définition pour lui donner le sens de formule définitive et fabriquée d'un médicament et non seulement de principe actif. Par conséquent, l'approbation est donnée au produit fini du fabricant.

La Direction de la protection de la santé (DPS) s'occupe différemment de deux genres de médicaments. Les drogues anciennes sont celles qui ont été introduites sur le marché canadien avant 1963, ou celles qui ont été introduites depuis 1963, mais dont le statut a été changé de celui de drogue nouvelle parce qu'on est rassuré quant aux effets secondaires, à l'efficacité, à la toxicité, à la stabilité ou à la fabrication de cette drogue. Par contre, les drogues nouvelles doivent être autorisées avant leur commercialisation.

Le fabricant d'une drogue nouvelle doit déposer une présentation préclinique de drogue nouvelle afin d'obtenir la permission de commencer les tests cliniques. La demande doit inclure des détails sur la composition chimique et la fabrication ainsi que sur les résultats de tous les tests faits sur les animaux. Le but de ces tests est d'établir l'efficacité du médicament, sa dose létale, les effets secondaires des régimes de dose efficace, son pouvoir carcinogène et ses effets sur la fertilité, autant que possible avant de les administrer à des humains. L'approbation des tests cliniques tient compte de tous les facteurs susmentionnés ainsi que de la méthodologie et de la valeur des tests cliniques proposés.

Les tests cliniques se déroulent en trois étapes : la première est un test sur des personnes en bonne santé; la deuxième est un test sur un nombre restreint de personnes souffrant de la maladie ou du trouble pour lequel le médicament est indiqué; et la troisième est un test sur un grand nombre de personnes souffrant du problème à traiter. Aucun test ne peut être fait sans l'approbation de la DPS. Des types spécifiques de médicaments sont examinés par la division responsable de ce secteur au sein de la DPS.

Avant de commercialiser une drogue nouvelle, le fabricant doit obtenir une approbation supplémentaire en déposant une présentation de drogue nouvelle qui comprend toutes les données antérieures sur la fabrication et les tests ainsi qu'une monographie du produit. La monographie est la description officielle des indications du médicament, de sa posologie, de ses effets secondaires et de ses caractéristiques et elle est destinée aux professionnels qui rédigent les ordonnances. L'approbation de la commercialisation s'appelle avis de conformité.

Si la drogue nouvelle doit servir à des fins autres que celles mentionnées dans l'avis original de conformité ou si les détails des nouveaux effets secondaires ou des nouvelles difficultés doivent être ajoutés aux renseignements

---

[18] Dr. Ian Henderson, «Clearance Procedures for New Drugs in Canada» dans B.L. Strom, O.S. Miettiern et K.L. Melonan, «Post Marketing Studies of Drug Efficacy: How?» *American Journal of Medicine* 77, octobre 1984

accompagnant l'ordonnance, une présentation supplémentaire de drogue nouvelle (PSDN) est nécessaire. Elle contient en général des renseignements sur les nouveaux tests cliniques ou des observations recueillies pendant la période d'utilisation de la substance. Le résultat de la PSDN sera une monographie du produit mise à jour.

Si la drogue nouvelle est une autre formulation d'une forme pharmaceutique de médicament approuvée antérieurement (c'est-à-dire un produit générique), les exigences seront différentes. Le demandeur doit prouver que le produit générique est chimiquement le même que le médicament antérieurement approuvé et que le médicament est bioéquivalent (c'est-à-dire qu'il est absorbé et traité par le corps de la même façon). Les tests cliniques exigés sont alors restreints à ces études de bioéquivalence.

Assurance-hospitalisation et assurance de soins médicaux

Au Canada, les frais médicaux et les frais d'hospitalisation sont couverts presque sans exception par les régimes d'assurance nationaux et provinciaux.

La première assurance hospitalisation au niveau provincial remonte à 1944 lorsque l'Alberta a fourni des soins hospitaliers gratuits aux patientes des maternités.[19] La Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont également instauré des programmes publics d'assurance-hospitalisation au cours des années 1940. L'assurance-hospitalisation privée s'est étendue à d'autres provinces au moyen de la Croix bleue et de l'assurance commerciale. Dans les six autres provinces, de tels régimes d'hospitalisation touchaient 56 pour cent de la population en 1955.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, adoptée en 1957, couvrait 99 pour cent de la population canadienne en 1961.

L'assurance de soins médicaux (honoraires professionnels) a été lente à s'établir, mais en 1961, 50 pour cent environ de la population en bénéficiait. L'adoption en 1967 de la *Loi sur les soins médicaux*[20] faisait en sorte que quelques années plus tard, soit en 1971, toutes les provinces disposaient d'un régime conjoint fédéral-provincial de soins médicaux.

Assurance-médicaments

Le remboursement des médicaments par le gouvernement ou le secteur privé a été plus lent à venir que l'assurance-hospitalisation ou l'assurance des

---

[19] Association pharmaceutique canadienne, *Pharmacy in a New Age: Report of the Commission on Pharmaceutical Services* (Toronto : Association pharmaceutique canadienne, 1971)

[20] *Loi sur les soins médicaux*, S.C., 1966-1967, c. 64

soins médicaux. Certains frais sont remboursés par des régimes fédéraux et provinciaux et d'autres le sont par des régimes d'assurance-groupe ou privés.

Le gouvernement fédéral rembourse le prix des médicaments à des groupes tels que les anciens combattants et les autochtones. Il existe aussi des régimes spéciaux établis par diverses associations de bénévoles dont la Société canadienne du cancer, les organisations de Planning des naissances, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada et la Fondation canadienne de la fibrose kystique.[21]

Dans son mémoire à la Commission Gordon,[22] le Green Shield Prepaid Services estimait que 69 pour cent de la population de l'Ontario bénéficiait d'une assurance-tiers couvrant les frais de médicaments. Un autre segment de 16 pour cent de cette population recevait des remboursements dans le cadre du Ontario Drug Benefit Plan. La Croix bleue, qui assure environ «. . . five million persons . . . through the eight Canadian Blue Cross Plans»,[23] estime que 65 pour cent des Canadiens ont un quelconque régime privé d'assurance et qu'un autre 20 pour cent sont assurés par les divers régimes des gouvernements provinciaux.

Régimes privés d'assurance

La participation à un régime privé d'assurance peut être individuelle ou en groupe (fréquent dans le cas d'un employeur). La vaste majorité des gens ont une assurance de groupe. Voici les deux structures possibles :

1. Le risque associé au coût des médicaments et à la variation du nombre et de la valeur des demandes de remboursement de médicaments est assumé par l'assureur et transmis à l'assuré qui paie une prime selon une échelle de taux. Le taux est affecté par deux facteurs qui s'opposent : la concurrence entre les assureurs qui sollicitent des clients (ce qui tend à faire baisser les taux) et le risque que la tendance passée de l'évolution des coûts n'entraîne une augmentation des coûts pendant la période assurée (ce qui tend à faire augmenter les taux). Les primes sont payées soit par l'employeur ou par l'employé (normalement par une déduction sur le chèque de paye), soit par les deux parties.

2. Le risque associé au coût des médicaments et aux fluctuations de prix est assumé par celui qui paye les coûts des médicaments et l'assureur exécute le régime d'assurance en échange d'un montant négocié. Là aussi, les coûts peuvent être répartis d'une quelconque façon entre employeur et employé.

---

[21] Op. cit., *Pharmacy in a New Age : Report of the Commission on Pharmaceutical Services*

[22] Communication de Green Shield Prepaid Services à la Commission Gordon, Windsor (Ontario), 1984, p. 29

[23] Communication de Green Shield Prepaid Services à la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique, Windsor (Ontario), le 11 juillet 1984, p. 5

Tableau 1.1

Législation provinciale—Programmes de remboursement du coût des médicaments

Province	Population admissible	Liste de médicaments	Prestations	Organisme chargé de l'administration	Frais de participation	Montant remboursé	Calcul du remboursement	Source des prix indiqués	Frais d'ordonnance	Concurrence des pharmacies
Colombie-Britannique	Universelle	Aucune	Tout médic. prescrit, quelques MVL[a] et certaines fournitures pour malades chroniques	Pharmacare	Aucun pour 65 +[b], AS[c] et rés. des centres d'hébergement; les autres rés., franchise + 20 %	Coût d'acquisition par la pharm., prix de gros + 12 % des frais d'ordonnance	Côut réel d'acquisition	Prix courant de gros (parfois)	Hon. moyens de la pharm. jusqu'à un max. de 15 % au-delà de la moy. du mois préc. pour la prov. jusqu'à conc. de 6,75 $	Pas de publicité dans les médias. Affichage de la liste des prix autorisé en magasin
Alberta	AS, 65 +; Autres, adhésion volontaire	Aucune	Tout médic. prescrit et certains MVL	Min. des Services sociaux et de la Santé communautaire; Croix-bleue de l'Alberta; min. de la Santé	AS – aucun; 65 + – 20 %; autres résidents – franchise + 20 %	Prix de gros plus un max. de 25 %	Négocié – 5,50 $	La publicité sur les frais ou les prix est interdite		

Saskatchewan	Universel (quelques exceptions)	Oui	Tout médic. prescrit et certains MVL	Régime de remboursement du coût des produits de prescription	Max. de 3,95 $/ordonnance; aucun pour certains AS et groupes spéciaux	Le moindre du prix inscrit au formulaire ou du CRA[d]	Médic. obtenus en vertu d'une offre permanente – soumissions de 6 mois pour les médic. à fournisseurs multiples et vendus en forte quantité; pour les autres médic., prix coûtant du fabricant	Soumissions; prix coûtant du fabricant	Négocié (5,30 $ et 4,80 $ au-delà de 20 000 ord.)	La pharmacie peut exiger moins que les frais max.
Manitoba	Universelle	Oui–limité aux médic. à fournisseurs multiples et se vendant beaucoup	Tout médic. prescrit et certains MVL; fournitures pour diabétiques	Commission des services de santé du Manitoba; min. des Services de l'emploi et de la Sécurité économique	Franchise annuelle + cotisation de 20 % AS et personnes recevant des soins à domicile, aucun	Le moindre du prix du fabricant ou du prix de gros le plus bas, ou le CMA[e] indiqué sur la liste de médic. ou les frais habituels	Prix du fabricant et du grossiste	Prix coûtants établis par le fabricant et le grossiste	Négocié – 5,05 $	
Ontario	65 +, AS et groupes spéciaux	Oui		Dir. des programmes et des médicaments, min. de la Santé	Aucun	Le moindre du coût réel ou du coût le plus bas indiqué dans l'inventaire et les frais d'ordonnance	Prix du fabricant (certains sont négociés)	Négocié avec le fabricant (certains); les autres, prix coûtant du fabricant	5 $–négocié	

Tableau 1.1 (suite)

Législation provinciale—Programmes de remboursement du coût des médicaments

Province	Population admissible	Liste de médicaments	Prestations	Organisme chargé de l'administration	Frais de participation	Montant remboursé	Calcul du remboursement	Source des prix indiqués	Frais d'ordonnance	Concurrence des pharmacies
Québec	65 +, assistés sociaux	Oui	Médicaments inscrits sur la liste de médicaments; certains MVL avec permission	Régie de l'assurance-maladie du Québec	Aucun	Médic. à fournisseur unique – proposition de prix de gros plus 9 %; médic. à fournisseurs multiples, prix coûtant moyen plus 9 % (max.)	Proposition de prix de gros du fabricant	Prix coûtant fixé par le fabricant	Négocié (3,62 $ pour 20 000 ord. ou moins, 3,15 $ par la suite)	Affichage des prix limité à l'intérieur de la pharmacie
Nouveau-Brunswick	65 +, AS, pers. atteintes de fibrose kystique, pers. recevant des soins à domicile	Oui–limitée aux médic. à fournisseurs multiples et se vendant beaucoup	Tout médic. prescrit ainsi que d'autres	Assurance-maladie, min. de la Santé du N.-B.	65 + – 3 $ de méd. prescrits; assistés sociaux: adultes– 2 $/ordonnance enfants– 1 $/ordonnance	Prix courant et frais d'ordonnance moins la cotisation			Négocié– 5,55 $	Pas autorisées à faire de la publicité sur les prix
Île-du-Prince-Édouard	Assistés sociaux, groupes spéciaux	Aucune			Aucun	CRA des médic. par le serv. central de pharmacie		Le serv. prov. de pharmacie achète les produits qui doivent être délivrés		

Nouvelle-Écosse	65 +, AS, invalides, diabétiques, cancéreux, malades atteints de fibrose kystique	Oui	65 + – tout médic. prescrit et d'autres	Health Services Insurance Commission de N.-É.	65 + et assistés sociaux–aucun	65 + – coûts totaux	MVL, PCM[f] ou CRA plus 66,6 %; médic. prescrits : combinaison du coût habituel + frais max. et prix coûtant habituel le plus bas, ou CRA + frais	Prix coûtant habituel du fabricant	Négocié–5,50 $	
Terre-Neuve	Assistés sociaux, 65 + qui touchent un SRG[g]	Oui–limité aux médic. à fournisseurs multiples et se vendant beaucoup	Tout médic. prescrits, certains MVL, vitamines et seringues	Min. de la politique en matière de santé	Personnes qui touchent un SRG–frais d'ordonnance; AS–aucun	AS–coût total; personnes qui touchent un SRG–le coût du médic. seulement (pas de frais d'ordonnance)	Le moindre du prix indiqué dans le formulaire ou du CMA[d]	Proposition de prix du fabricant	Négocié (maintenant de 5,25 $ /ordonnance)	Peuvent faire de la publicité relative à des frais moindres

* Substitution — Dans toutes les provinces, la substitution est interdite si le médecin qui prescrit un médicament le précise formellement.

[a] MVL = Médicaments en vente libre
[b] 65 + = Personnes âgées de 65 ans et plus
[c] AS = Assistés sociaux
[d] CRA = Coût réel d'acquisition
[e] CMA = Coût maximal admissible
[f] PCH = Prix coûtant habituel
[g] SRG = Supplément de revenu garanti

Sources: Mémoire présenté par l'Association canadienne de l'industrie du médicament à la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique, et Paul K. Gorecki, «Compulsory Patent Licencing of Drugs in Canada: Have the Full Price Benefits Been Realized?», étude inédite, 30 janvier 1985.

Selon un assureur, la plus grande part du risque d'augmentation des prix des médicaments dans ces régimes est souvent assumée par l'employeur dans le cadre d'ententes salariales et de régimes d'avantages sociaux.[24] Les employeurs des secteurs privé et public paient souvent la majorité de ces coûts. L'incidence des coûts se traduit par l'augmentation des frais d'exploitation de l'employeur privé (et en fin de compte des coûts pour le consommateur) ou l'alourdissement du fardeau fiscal quand il s'agit de l'employeur public.

Le fait que l'employeur assume ces coûts, réduit la sensibilité au prix de l'acheteur ou du bénéficiaire du médicament et indirectement aussi, celle de la personne qui écrit l'ordonnance.

Régimes de remboursement provinciaux

Toutes les provinces ont, dans une certaine mesure, des régimes de remboursement des médicaments vendus sur ordonnance. Ces régimes vont de la garantie universelle en Colombie-Britannique, en la Saskatchewan et au Manitoba (une partie du paiement incombant au bénéficiaire) à la fourniture par le gouvernement de médicaments aux personnes qui touchent des prestations de bien-être social à l'Île-du-Prince-Édouard (voir tableau 1.1). La plupart des provinces ayant de tels régimes ont essayé de limiter les coûts d'une façon ou d'une autre : soit que le remboursement porte sur le coût réel d'acquisition; soit que le remboursement est conforme aux prix publiés de formulaire; soit que le remboursement équivaut au prix de gros plus un rajustement; soit une combinaison des trois approches.

Les tentatives de limiter les coûts ont conduit certaines provinces à adopter des mesures pour encourager la vente du produit équivalent le moins cher. Afin de protéger la responsabilité professionnelle des pharmaciens, la loi qui force ces derniers à substituer un médicament équivalent moins cher à un médicament de marque indiqué dans l'ordonnance peut limiter leur responsabilité juridique pour tout effet que cette substitution pourrait avoir sur la santé du malade. Le tableau 1.1 présente également les dispositions relatives à la substitution dans chaque province.

[24] Op. cit., communication de Green Shield Prepaid Services à la Commission Gordon

Annexe 1 : Règlements internationaux

Brevets

Introduction

Le Canada est l'un des 90 et quelque pays qui ont signé la Convention de Paris pour la protection de la propriété industrielle (1883), modifiée. La Convention est une entente internationale portant sur les brevets et sur d'autres aspects de la propriété industrielle. Ses principales dispositions portent sur le traitement à l'échelle nationale des inventions des pays membres (chaque État contractant doit assurer la même protection aux citoyens des autres États au même titre que ses propres citoyens), le droit de priorité (si le brevet a été déposé dans un pays membre, la date du premier dépôt sera protégée pendant 12 mois dans tous les autres pays membres) et l'octroi de licence obligatoire afin de prévenir l'abus de brevet (seulement après trois ans à compter de la date de délivrance du brevet et si le titulaire du brevet n'est pas capable d'invoquer des motifs légitimes).

Les pays membres conviennent de respecter ces dispositions mais ils sont libres de formuler leur propre législation sur les brevets hors des domaines couverts par la Convention de la façon qu'ils jugent souhaitable. Voici un aperçu global de certaines des dispositions principales sur les brevets qui s'appliquent au Canada et chez ses partenaires commerciaux. Le tableau A1.1 résume les dispositions en question.

Canada

Avant 1923, la *Loi sur les brevets* du Canada ne contenait aucune disposition relative aux produits pharmaceutiques. C'est en 1923 que la *Loi* a été modifiée et qu'y a été ajouté l'article 17[1] qui prévoyait l'octroi de licence obligatoire en ce qui concerne les brevets de production d'aliments et de médicaments. Cette modification était fondamentalement une reproduction de la disposition de la loi anglaise sur les brevets (*Patents and Designs Act*) relative à la licence obligatoire. La modification susmentionnée portait sur l'octroi de licence :

> «2. Lorsqu'il s'agit d'un brevet pour une invention destinée ou pouvant servir à la préparation ou à la production d'aliments ou de médicaments, le commissaire, à moins qu'il n'ait de bons motifs pour ne pas le faire, doit

[1] *Loi sur les brevets*, S.C. 1923, c. 23, article 17

Tableau A1.1

Dispositions internationales relatives aux brevets pour produits pharmaceutiques : pays choisis

Pays	Genre de brevet[a]	Durée de la protection (en années) D-à compter de la date de la demande O-à compter de la date de l'octroi	Dispositions relatives aux licences obligatoires	Remarques/ historique
Argentine	Procédé	15 O	Aucune	La durée de 15 ans est à la discrétion du Commissaire. Le brevet doit être exploité dans les deux ans suivant son octroi, sinon il est annulé[a]
Australie	Produit[b]	16 D	Trois ans après l'octroi du brevet Les exigences relatives à l'intérêt général n'ont pas été respectées	
Brésil	Aucun	15 D	3 ans après l'octroi du brevet dans le cas de non-exploitation au Brésil Exploitation interrompue pour 1 an	
Chine	Aucun[c]			
France	Produit[c]	20 D	3 ans après l'octroi ou 4 ans après la présentation de la demande Non-exploitation en France Licences délivrées par le gouvernement lorsque l'intérêt général l'exige	Jusqu'en 1960, l'octroi de brevets pour produits pharmaceutiques est strictement interdit[b] Jusqu'en 1978, l'octroi de brevets pour produits pharmaceutiques est permis dans certains cas[b]
Inde	Procédé	7	3 ans après l'octroi Non-exploitation en Inde Les médicaments font l'objet d'une licence 3 ans après l'octroi du brevet	

Espagne	Aucune	20 O		
Suède	Produit[c]	20 D	3 ans après l'octroi ou 4 ans après la présentation de la demande, si cette mesure est extrêmement importante ou si l'intérêt général l'exige	Avant d'adhérer à la C.B.E., ce pays ne prévoyait aucune protection du produit dans le cas des produits pharmaceutiques et la durée du brevet était de 18 ans[a]
Royaume-Uni	Produit[c]	20 D[c]	Dans le cas d'une exploitation inadéquate, lorsque les produits fabriqués au Royaume-Uni ne peuvent satisfaire à la demande ou lorsque les produits importés satisfont à la demande, mais que les conditions imposées pour satisfaire à la demande sont déraisonnables	1949–protection des substances chimiques rétablie[c] telle qu'elle existait en 1919 Avant l'adhésion de ce pays à la C.B.E., la durée du brevet était de 16 ans[a] Les dispositions en vigueur depuis 1923 concernant les licences obligatoires pour la fabrication des médicaments ont été abrogées en 1977[a]
États-Unis	Produit[c]	17 O		La durée de la protection conférée par des brevets additionnels accordés pour de nouveaux usages avant 1984 était de 17 ans à compter de la date du dépôt
Allemagne fédérale		20 D	Dans le cas de la non-exploitation 2 ans après la date de l'octroi si l'invention est exploitée ailleurs Lorsque l'intérêt général l'exige	Protection du produit depuis 1968[a] Avant que ce pays n'adhère à la C.B.E., la durée de la protection était de 18 ans[a]

* *Produit* — Protection du composé chimique

Procédé — Protection conférée uniquement pour le procédé de fabrication breveté ou le procédé de création du produit chimique

Protection du produit par le procédé — Le produit est protégé par voie de brevet s'il est fabriqué selon un procédé breveté. Selon la clause relative au renversement du fardeau de la preuve, le procédé est censé être employé, à moins de preuves contraires.

Source : Sauf indication contraire, les renseignements sont tirés de *Patents Throughout the World*, Anne Marie Green, ed., (New York : Clark, Boardman Co., 1984)

[a] Dr. E. Jucker, *Patents and Pharmaceuticals*, Basle, 1980

[b] Association of British Pharmaceutical Industry, *Memorandum of Evidence of the Committee to Examine the Patent System and Patent Law*, mars 1968

[c] Dr. E. Jucker, *Patents—Why 1982*, Basle, 1982

[d] Consommation et Corporations Canada, *Licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques : étude de l'article 41 de la Loi sur les Brevets*, 1983

accorder à quiconque en fait la demande, une licence limitée à l'emploi de l'invention pour les fins de la préparation ou de la production d'aliments ou de médicaments, mais pour nulle autre chose; et, en arrêtant les conditions de cette licence et en fixant le montant du droit régalien ou autre somme à payer, le commissaire doit tenir compte de l'opportunité de rendre l'aliment ou le médicament accessible au public au plus bas prix possible tout en accordant à l'inventeur une juste rémunération pour les recherches qui ont précédé l'invention.»[2]

et sur la limitation du type de protection conférée par le brevet au procédé et au produit par le procédé, ainsi qu'une clause relative au renversement de la preuve :

«17(1) Lorsqu'il s'agit d'inventions qui ont trait à des substances préparées ou produites par des procédés chimiques et destinées à l'alimentation ou à la médication, la description ne doit pas comprendre les revendications pour la substance elle-même, excepté lorsqu'elle est préparée ou produite par les modes ou procédés spéciaux de fabrication décrits et revendiqués ou par leurs équivalents chimiques apparents.

«Dans une action pour délit de contrefaçon d'un brevet d'invention qui a trait à la production d'une substance nouvelle, toute substance composée des mêmes éléments et constituants chimiques est, en l'absence de preuve contradictoire, censée produite par le procédé breveté.»[3]

La dernière moitié de l'alinéa

«. . .was intended to alleviate the task of the patentee in discharging the *onus* of proving infringement, which is always on the patentee in such an action. As the product was now protected only when made by the patented process, a patentee would have to prove not only that the alleged infringer had the product, but also that the product in question had been made by the patented process. As such proof is extremely difficult, if not impossible, to adduce, the law provided the patentee in such cases with the benefit of a statutory presumption in his favour, leaving it to the infringer, if he could do so, to prove that the otherwise infringing substance had not been made by the infringer process, and thus escape the charge of infringement.»[4]

Une modification mineure a été introduite en 1935 lors de la révision des Statuts du Canada. Le mot «spéciaux» a été remplacé par «en détail» au début de l'article. L'interprétation de cette modification a fait l'objet d'une décision auprès de la Cour suprême du Canada.[5] La Cour a rejeté l'allégation selon laquelle la modification visait à accueillir des revendications portant sur un procédé qui n'était pas brevetable aussi longtemps que le produit répondait aux critères de brevetabilité. La Cour a statué que le procédé doit être un procédé brevetable et aucune modification n'a été apportée à la disposition jusqu'en 1969.

---

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] I. Goldsmith, «Drugs in Canadian Patent Law», (1967) 13 *McGill Law Journal 232*, p. 233

[5] *Commissioner of Patents* v. *Winthrop Chemical Inc.* (1948) 7 C.P.R. 58

Dans l'arrêt *Parke-Davis and Co.* v. *The Comptroller General et al.*,[6] la Chambre des Lords a statué que les conditions d'octroi de licence obligatoire selon la Convention de Paris s'appliquaient seulement aux cas d'abus allégué. Par conséquent, il n'était pas nécessaire que les dispositions relatives à l'octroi de licence obligatoire pour des raisons de santé publique ou d'intérêt public soient conformes à l'article 5 de la Convention énonçant la règle des «trois ans à compter de» et les motifs légitimes de rejet.

Malgré l'existence de cette loi, il a été fait peu recours à l'article en cause. Le Conseil économique du Canada a déclaré[7] qu'au cours de la période de 34 ans qui s'est écoulée de 1935 au 27 juin 1969, seules 49 demandes de licence obligatoire ont été présentées dont 22 ont été acceptées, 4 refusées et 23 abandonnées ou retirées. Soulignons que ces statistiques ne traduisent pas le nombre de licences qui ont été accordées par des sociétés par crainte de cette loi.

Plusieurs des demandes présentées en vertu de cet article ont fait l'objet d'une opposition farouche de la part des titulaires de brevet avant d'être acceptées, et c'est ainsi qu'il existe une abondante jurisprudence à cet égard. Dans l'affaire *Aktiebolaget Astra etc.* v. *Novocol Chemical Manufacturing Co. of Canada Ltd.*,[8] il a été statué que la Cour ne pouvait toucher au mandat du Commissaire qui consistait à déterminer s'il existait de bonnes raisons de refuser une demande de licence obligatoire, à moins que le Commissaire ne soit manifestement dans l'erreur ou n'ait commis une erreur en droit. Les pouvoirs du Commissaire sont assez étendus pour lui permettre de limiter une licence à la seule production nationale et non à la production en vue de l'exportation.[9] Finalement, il a été décidé que le refus du Commissaire de tenir une audience sur demande n'était pas un démenti des principes d'impartialité et de loyauté.

> «As the Commissioner correctly pointed out in this case, he was entitled to set the procedures, and he did so. It was for him to decide whether or not the circumstances required an oral hearing, cross-examination upon affidavits, or oral submissions. In my opinion, his decision not to require any of these things cannot be considered to be a denial of natural justice to the appellant.»[10]

En résumé,

> «As to what is 'good reason to the contrary', the matter is one for the discretion of the Commissioner, and unless, on the evidence, his decision is manifestly wrong, or he acts on a wrong principle of law, his decision will not be reversed on appeal. Generally speaking, if the applicant has a reasonably permanent organization, if he is qualified to work the patent, the Canadian

---

[6] *Parke-Davis and Co.* v. *The Comptroller General et al.* (1954) 71 R.P.C. 169 (H.L.)

[7] Conseil économique du Canada. *Rapport sur la propriété intellectuelle et industrielle* (Ottawa, Information Canada, 1971), p. 70

[8] *Aktiebolaget Astra etc.* v. *Novocol Chemical Manufacturing Co. of Canada Ltd.* (1964) 44 C.P.R. 15

[9] *Rhône-Poulenc S.A.* v. *Micro Chemicals Ltd.* (1964) 44 C.P.R. 208

[10] Le juge Martland dans *Hoffmann-La Roche Ltd.* v. *Delmar Chemicals Ltd.* (1965) 45 C.P.R. 235, p. 242

market is not already over-supplied with the product and the public interest will benefit, or at least will not suffer, the Commissioner must grant a licence.»[11]

Le taux de redevance, en vertu de l'article, qui a été établi par le Commissaire variait en général de 10 à 15 pour cent du prix net des médicaments en gros avant leur mise en forme de capsules ou de tablettes.[12] Dans l'affaire *Hoffmann-La Roche Ltd.* v. *Delmar Chemicals Ltd.*, il a été établi que le taux de «. . .12½% on the sale price of bulk product from the time of the granting of the licence to the end of the year 1965, and . . . 15% on the sale price of the bulk product thereafter»[13] n'était pas bas et le juge n'a pas rejeté les procédés du Commissaire bien que ce dernier n'ait pas énoncé de motifs pour justifier ce taux.

Vers 1960, l'article 41 a fait l'objet d'une étude approfondie de la part de plusieurs commissions. En 1960, la Commission Ilsley a recommandé notamment que les sociétés pharmaceutiques soient autorisées à breveter des produits tout en étant soumises parallèlement au régime de licence obligatoire.[14] Cependant, en 1963, la Commission sur les pratiques restrictives du commerce a recommandé l'abolition complète des brevets de produits pharmaceutiques.[15] En 1964, le rapport Hall a recommandé le maintien des brevets de produits pharmaceutiques mais en les accompagnant d'une procédure moins compliquée, de redevance uniforme et de l'octroi de licence à l'importation.[16]

Finalement, après le rapport du Comité Harley, le Parlement a modifié les dispositions de l'article 41 relatives à la licence obligatoire. Le Comité a conclu que :

«. . .the price of drugs in Canada is at least higher than it need be; . . .that no significant change has taken place in the drug-cost structure since the recommendations of the Hall Commission which were primarily based on the recommendations of the Restrictive Trade Practices Commission. . .[and that] s. 41(3) of the Patent Act of Canada should be amended to include applications for compulsory licences to import drug products in all forms.»[17]

---

[11] I. Goldsmith, «Drugs in Canadian Patent Law», p. 240

[12] *Ibid.*, p. 241

[13] *Hoffmann-La Roche Ltd.* v. *Delmar Chemicals Ltd.* (1967) 51 C.P.R. 11, p. 13

[14] Canada. Commission royale sur les brevets, le droit d'auteur et les dessins industriels, *Rapport sur les brevets d'invention* (Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960), pp. 92-97

[15] Ottawa, ministère de la Justice. Commission sur les pratiques restrictives du commerce, *Rapport sur la fabrication, la distribution et la vente de produits pharmaceutiques* (Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963), pp. 516-524

[16] Canada. Commission royale d'enquête sur les services de santé. *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé* (Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964), vol. I, pp. 701-709. Voir en particulier les recommandations 67-69, pp. 42-43

[17] Canada, Chambre des communes. Comité spécial chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques. *Rapport du comité permanent chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques* (Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1966)

Après la modification du 27 juin 1969, l'article 41 se lisait comme suit :

«41.(1) Lorsqu'il s'agit d'inventions couvrant des substances préparées ou produites par des procédés chimiques et destinées à l'alimentation ou à la médication, le mémoire descriptif ne doit pas comprendre les revendications pour la substance même, excepté lorsque la substance est préparée ou produite par les modes ou procédés de fabrication décrits en détail et revendiqués, ou par leurs équivalents chimiques manifestes.

«(2) Dans une action en contrefaçon de brevet où l'invention couvre la production d'une substance nouvelle, toute substance formée des mêmes composants et éléments chimiques est, en l'absence de preuve contradictoire, censée avoir été produite par le procédé breveté.

«(4) Si, lorsqu'il s'agit d'un brevet couvrant une invention destinée à des médicaments ou à la préparation ou à la production de médicaments, ou susceptible d'être utilisée à de telles fins, une personne présente une demande pour obtenir une licence en vue de faire l'une ou plusieurs des choses suivantes comme le spécifie la demande, savoir :

«a) lorsque l'invention consiste en un procédé, utiliser l'invention pour la préparation ou la production de médicaments, importer tout médicament dans la préparation ou la production duquel l'invention a été utilisée ou vendre tout médicament dans la préparation ou la production duquel l'invention a été utilisée, ou

«b) lorsque l'invention consiste en autre chose qu'un procédé, importer, fabriquer, utiliser ou vendre l'invention pour des médicaments ou pour la préparation ou la production de médicaments,

«le commissaire doit accorder au demandeur une licence pour faire les choses spécifiées dans la demande à l'exception de celles, s'il en est, pour lesquelles il a de bonnes raisons de ne pas accorder une telle licence; et, en arrêtant les conditions de la licence et en fixant le montant de la redevance ou autre considération à payer, le commissaire doit tenir compte de l'opportunité de rendre les médicaments accessibles au public au plus bas prix possible tout en accordant au breveté une juste rémunération pour les recherches qui ont conduit à l'invention et pour les autres facteurs qui peuvent être prescrits.

«(5) À tout moment après l'expiration d'un délai de six mois à compter du jour où une copie de la demande adressée au commissaire en conformité du paragraphe (4) est signifiée, de la manière prescrite, au breveté, le demandeur peut, si le commissaire n'a pas statué définitivement sur la demande, présenter au commissaire une requête aux fins d'obtenir une licence temporaire pour faire, parmi celles que spécifie la demande, la ou les choses spécifiées dans sa requête, et le commissaire, dès réception d'une telle requête, doit immédiatement signifier au breveté un avis lui indiquant qu'il peut, dans le délai spécifié par le commissaire dans l'avis, délai ne dépassant pas vingt et un jours à compter du jour où l'avis est signifié au breveté, faire des observations concernant la requête.

«(6) À l'expiration du délai spécifié par le commissaire dans l'avis au breveté que mentionne le paragraphe (5), le commissaire doit, s'il n'a pas statué définitivement sur la demande, accorder une licence temporaire au demandeur pour faire les choses spécifiées dans la requête à l'exception de celles pour lesquelles il a, le cas échéant, de bonnes raisons de ne pas accorder une telle licence temporaire.

«(7) Le paragraphe (4) s'applique, *mutatis mutandis*, à l'établissement des conditions d'une licence temporaire accordée en conformité du

paragraphe (6) et à la fixation du montant de la redevance ou autre considération à payer.

«(8) Le commissaire ne doit pas accorder de licence temporaire en conformité du paragraphe (6) à moins que le demandeur n'ait produit au commissaire une caution satisfaisante selon le commissaire, payable à Sa Majesté du chef du Canada, en garantie du paiement par le demandeur des redevances ou de toute autre considération qui peut devenir payable au breveté en vertu de la licence temporaire.

«(9) Sous réserve du paragraphe (10), une licence temporaire accordée en conformité du paragraphe (6) est valide, dans les limites de ses conditions, pendant une période initiale, ne dépassant pas six mois à compter du jour où la licence temporaire est accordée, qui est spécifiée par le commissaire dans la licence et elle peut, dans des circonstances prescrites, être renouvelée par ordonnance du commissaire pour une ou plusieurs périodes supplémentaires ne dépassant pas six mois au total.

«(10) Une licence temporaire accordée à un demandeur en conformité du paragraphe (6) cesse d'être valide

«a) lorsque le commissaire accorde une licence au demandeur en conformité de sa demande présentée en vertu du paragraphe (4), le jour où cette licence prend effet; ou

«b) lorsque le commissaire rejette cette demande, à l'expiration de la période courante de validité de la licence temporaire.

«(11) Toute décision rendue par le commissaire en vertu du présent article est susceptible d'appel devant la Cour de l'Échiquier, avec cette réserve qu'une décision du commissaire au sujet d'une licence temporaire est définitive à toutes fins et n'est susceptible d'appel ou de révision devant aucun tribunal.

«(12) Nonobstant les dispositions du paragraphe 67(2), lorsque l'importation en provenance de l'étranger d'une invention ou de médicaments par un porteur de licence en conformité d'une licence ou d'une licence temporaire accordée aux termes d'un brevet conformément au paragraphe (4) ou au paragraphe (6), ou par le breveté pendant que la licence ou la licence temporaire est en vigueur, empêche ou entrave l'exploitation au Canada, sur une échelle commerciale, de l'invention à laquelle se rapporte le brevet, les droits exclusifs dérivant du brevet ne sont pas censés avoir donné lieu à un abus dans l'une ou l'autre des circonstances indiquées aux alinéas 67(2)a) et b).

«(13) Lorsqu'une demande est présentée en conformité du paragraphe (4) ou qu'une requête est faite conformément au paragraphe (5), le commissaire doit immédiatement donner avis de cette demande ou requête au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et à tout autre ministère, département ou organisme prescrits du gouvernement du Canada.

«(14) Le gouverneur en conseil peut établir des règles ou règlements

«a) prescrivant ce qui doit être prescrit d'après le présent article;

«b) réglementant la procédure à suivre pour toute demande présentée en conformité du paragraphe (3) ou du paragraphe (4), y compris, sans limiter la portée générale de ce qui précède, les renseignements que doit contenir une telle demande, ainsi que la présentation des observations et la production de la preuve devant le commissaire au sujet d'une telle demande;

«c) concernant la forme et la manière selon lesquelles un demandeur ou un breveté peut présenter des observations et produire la preuve devant le commissaire au sujet d'une demande ou requête mentionnées au présent article;

«d) concernant la manière dont une demande, une requête, un avis ou autre document mentionnés au présent article ou dans tout règlement établi en vertu du présent paragraphe peuvent ou doivent être faits ou rédigés, signifiés, expédiés ou donnés;

«e) prévoyant la présentation au commissaire, pour le compte du gouvernement du Canada, d'observations relatives à toute demande ou requête mentionnée au paragraphe (13); et

«f) visant d'une façon générale la réalisation des objets et l'application des dispositions du présent article.

«(15) Les règles ou règlements établis en vertu de l'alinéa 14b) et réglementant la procédure à suivre pour toute demande présentée en conformité du paragraphe (4) doivent comprendre une disposition portant qu'il devra être statué définitivement par le commissaire sur une telle demande au plus tard dans les dix-huit mois à compter du jour où une copie de la demande est signifiée, de la manière prescrite, au breveté.

«(16) Rien au présent article ou dans une licence ou licence temporaire accordée en conformité du présent article ne doit s'interpréter comme autorisant une personne à préparer, produire, importer ou vendre un médicament contrairement aux exigences de la *Loi des aliments et drogues* et des règlements y afférents et à celles de toute autre loi y applicable, ou autrement qu'en conformité de ces exigences.»[18] S.R.C, c. 203, art. 41; 1968-1969, c. 49, art.1.»[18]

Le but essentiel de la modification était d'étendre la portée des dispositions sur la licence obligatoire relative aux médicaments afin de permettre aux titulaires de licence d'importer des médicaments au Canada et d'accorder des licences temporaires aux demandeurs six mois après la présentation de leur demande.

Le Commissaire a énoncé en détail dans l'affaire *Frank W. Horner* v. *Hoffmann-La Roche Ltd.* (1970) 61 C.P.R. 243 les principes qui s'appliqueraient à l'octroi de licence et à l'établissement de redevances en vertu du nouvel article 41 :

«. . . the principles determined by the Courts in the interpretation of the former s. 41(3) still remain applicable. . .it is clear that s. 41(4). . .is mandatory in that the Commissioner of Patents '*shall* grant to the applicant a licence to do the things specified in the application except such, if any, of those things in respect of which he sees *good reason* not to grant such a licence . . . .'

«The policy underlining the section before the amending legislation was stated succinctly by Rand, J., in *Parke, Davis, and Co.* v. *Fine Chemicals of Canada Ltd.*,[19] '. . .namely, that new medicines prepared from patented processes, are, in the public interest, to be free from legalized monopoly.'

---

[18] *Loi sur les brevets*, S.R.C., c. P-4, article 41

[19] Le juge Rand dans *Parke, Davis and Co.* v. *Fine Chemicals of Canada Ltd.* 30 C.P.R. 59 dans *Frank W. Horner* v. *Hoffmann-La Roche Ltd.* (1970), 61 C.P.R. 243

«It is also well settled that the principal purpose of former s. 41(3) was to bring about competition, and the change in the section only makes abundantly clear the express authority of the Commissioner of Patents to issue compulsory licences to applicants wishing to import medicinal substances manufactured under patented processes or substances produced by patented processes used in the preparation or production of medicine.

«One other point of principle. It is also well settled that the Commissioner's decision to grant a licence under the subsection must not depend on whether or not the patentee's prices for its product are reasonable. . .

«In short, compulsory licences applied for under s. 41 of the *Patent Act* leave little discretion to the Commissioner of Patents. These licences, in fact, amount almost to licences of right.»[20]

En ce qui concerne l'établissement du montant de la redevance, le Commissaire a également indiqué que l'article ne garantissait pas au titulaire de brevet un bénéfice raisonnable découlant de ses droits de brevet.

«The Commissioner's responsibility in fixing the royalty or other consideration payable to the patentee is that such royalty is 'consistent with giving to the patentee due reward for the research leading to the invention'; and thus the Commissioner is not required to take into consideration such further elements as the cost of obtaining and maintaining medical acceptance of the drug, return on the capital employed in research and promotion and any other elements other than 'research leading to the invention'. . .»[21]

Ensuite, le Commissaire a fixé le taux de redevance à 4 pour cent du prix de vente net du médicament, sous sa mise finale en forme pharmaceutique, aux acheteurs sans lien de dépendance. Ce montant a été jugé suffisant pour encourager la recherche et il traduit donc l'importance de l'industrie pharmaceutique.

Ce taux de redevance de 4 pour cent est devenu en pratique la règle courante que le Commissaire a appliquée par la suite.

La constitutionnalité de cet article de la *Loi sur les brevets* a fait récemment l'objet d'une décision. Dans l'affaire *American Home Products Corp.* v. *Commissioner of Patents*,[22] il a été allégué que l'alinéa 41(4) constituait un démenti des droits normaux de propriété du titulaire de brevet. Il a été allégué également que les droits étaient garantis par l'article 1 de la Déclaration canadienne des droits que voici en partie :

«1. Il est par les présentes reconnu et déclaré que les droits de l'homme et les libertés fondamentales ci-après énoncés ont existé et continueront à exister pour tout individu au Canada

«a) le droit de l'individu à la vie, à la liberté, à la sécurité de la personne ainsi qu'à la jouissance de ses biens, et le droit de ne s'en voir privé que par l'application régulière de la loi;»[23]

---

[20] *Frank W. Horner* v. *Hoffmann-La Roche Ltd.* (1970) 61 C.P.R. 243

[21] *Ibid.*, p. 258

[22] *American Home Products Corp.* v. *Commissioner of Patents* (1982) 69 C.P.R. (2d) 257

[23] *Déclaration canadienne des droits*, R.S.C. 1970, annexe 3

La revendication à été rejetée au motif :

> «. . . je dois également conclure que le titre d'un brevet canadien couvrant des médicaments est accordé sous réserve des restrictions énoncées au paragraphe 41(4). . . . Par conséquent, la délivrance obligatoire d'une licence ne constitue pas une atteinte subséquente portée au titre. C'est une condition inhérente au titre lorsqu'il est accordé en vertu de la *Loi sur les brevets*.»[24]

Il a été allégué aussi que la procédure suivie par le Commissaire enfreignait l'article 2 de la Déclaration canadienne des droits que voici en partie :

> «2. Toute loi du Canada . . . doit s'interpréter et s'appliquer de manière à ne pas supprimer, restreindre ou enfreindre l'un quelconque des droits ou des libertés reconnus et déclarés aux présentes . . . et en particulier, nulle loi du Canada ne doit s'interpréter ni s'appliquer comme
>
> > «e) privant une personne du droit à une audition impartiale de sa cause, selon les principes de justice fondamentale, pour la définition de ses droits et obligations;»[25]

Cette dernière allégation a été rejetée, avec l'explication suivante du juge Jérôme :

> «Cependant, je ne suis pas convaincu qu'une décision, prise en vertu des dispositions relatives à la délivrance obligatoire d'une licence sans la garantie d'une audition, puisse équivaloir à une décision prise à l'égard des droits du propriétaire sans une audition impartiale. Le Parlement, agissant dans l'intérêt public, a déclaré que les droits de brevets accordés au Canada aux inventeurs de médicaments sont assujettis aux dispositions relatives à la délivrance obligatoire de licences. Conformément à ces priorités, le Parlement a prescrit des procédures qui accordent au propriétaire la possibilité de présenter au Commissaire des arguments écrits et de demander une audition orale. Certes, l'avocat ne prétend pas qu'une audition ne peut être impartiale à moins d'être faite oralement. Dans l'examen du caractère impartial de l'audition accordée à la requérante en l'espèce, je ne dois pas oublier ce qui permet au Parlement de subordonner le titre au brevet couvrant des médicaments à l'assurance, pour le consommateur canadien, d'avoir un accès raisonnable à ces produits. Il faut concilier ces deux intérêts légitimes, et le Parlement a autorisé le Commissaire à le faire en vertu des directives prévues à la fin du paragraphe 41(4). Le requérant ne m'a pas convaincu que la possibilité qui lui est donnée de faire valoir des arguments, par écrit ou oralement, ne répond pas aux normes d'impartialité auxquelles ont droit de s'attendre les propriétaires de brevets couvrant des médicaments dans ce processus de conciliation de leurs droits à ceux du public.»[26]

Une autre décision récente a porté sur le renversement du fardeau de la preuve que l'on trouve à l'alinéa 41(2). Dans l'affaire *Hoffmann-La Roche Ltd.* v. *Apotex Inc.*, l'applicabilité de la clause est confirmée :

> «. . . the plaintiff contends that quite apart from s. 41(2) of the *Patent Act*, at common law the rule has always been that when the subject-matter of an allegation lies particularly within the knowledge of one of the parties that party must prove it, whether it be of an affirmative or negative character.

---

[24] *American Home Products, op. cit.*, p. 261

[25] *Déclaration canadienne des droits, op. cit.*

[26] *American Home Products, op. cit.*, p. 262

«Therefore, in a case such as this where the plaintiff holds a process patent and the defendant is granted a compulsory licence, the onus shifts to the defendant to show that the supplier he selects abroad does not use the plaintiff's patented process. The defendant of the two parties involved is the only one having any real opportunity of determining the actual foreign process being employed.»[27]

La conclusion étant que Apotex était la seule partie qui a eu l'occasion d'établir la véritable nature du procédé étranger, le fardeau de la preuve lui revient donc de démontrer que le procédé breveté n'était pas utilisé.

La *Loi sur les brevets* prévoit des limites à l'exclusivité générale qui est accordée à tous les titulaires de brevets en vertu des articles 67 et 68 (qui portent sur l'abus de droits aux termes des brevets) et l'article 19 (relatif à l'usage d'une invention brevetée par le gouvernement du Canada).

L'article 19 donne au gouvernement fédéral le droit de se servir d'une invention brevetée. Il prévoit également de payer «une indemnisation raisonnable» qui serait fixée par le Commissaire et qui pourrait faire l'objet d'appel.

L'article 67 donne le droit aux personnes intéressées, après l'expiration de trois années à compter de la date de la concession d'un brevet, de demander au Commissaire de constater s'il y a abus des droits exclusifs d'un brevet. Parmi les motifs d'abus, citons le fait de ne pas exploiter le brevet à l'échelle commerciale (sans raison satisfaisante), d'entraver l'exploitation au Canada à cause de l'importation de l'article breveté, de ne pas satisfaire à la demande canadienne dans une mesure raisonnable, de porter préjudice à l'industrie et au commerce canadiens à cause du refus du titulaire de brevet d'octroyer une licence, de porter atteinte à la fabrication, à l'utilisation ou à la vente de matières premières qui ne sont pas protégées par le brevet.

Si le Commissaire constate un abus, il peut accorder des licences au demandeur, refuser aux titulaires de brevet le droit d'importer des marchandises, permettre aux titulaires de licence d'intenter des poursuites pour contrefaçon de brevet, accorder des licences exclusives, faire déchoir des brevets ou rejeter la requête. Parmi les raisons à l'appui de l'octroi d'une licence, citons l'incitation à obtenir l'usage le plus répandu de l'invention au Canada qui soit compatible avec le bénéfice raisonnable que le «. . . breveté tirera de ses droits de brevet . . .»[28] ainsi que la concession au titulaire de brevet d'avantages maximums qui permettent au titulaire de licence d'exploiter l'invention pour un bénéfice raisonnable. Il doit également essayer d'assurer des avantages égaux aux divers titulaires de licence, en tenant compte du travail qui a été fait pour juger la valeur commerciale du produit ou pour assurer son exploitation sur une échelle commerciale. Une licence exclusive peut être accordée seulement par le Commissaire s'il est convaincu que

---

[27] *Hoffmann-La Roche Ltd.* v. *Apotex Inc.* (1983) 71 C.P.R. (2d) 20

[28] *Lois sur les brevets, op. cit.*, paragraphe 68(a)(i)

l'exploitation commerciale nécessite des dépenses de capitaux telles qu'une exclusivité des droits s'impose. L'article énonce clairement que le recours à la déchéance du brevet ne doit être utilisé que d'une façon limitée (si cela ne contrevient pas aux ententes internationales) et seulement en dernier lieu si aucune autre solution ne règle le problème de l'abus.

Environ 90 demandes ont été présentées en vertu de l'article 67 de la *Loi*. Une grande majorité d'entre elles ont été retirées ou abandonnées, onze seulement ont été accordées et treize ont été refusées.[29] Cependant, ces chiffres ne tiennent pas compte du nombre de licences volontaires qui ont été accordées par les titulaires de brevet sous la menace de ce recours.

L'interprétation de l'article 67 par les tribunaux a été assez abondante. Pourtant, cet article s'est avéré peu utile pour l'industrie pharmaceutique au Canada. Rares ont été les allégations au Canada selon lesquelles un titulaire de brevet d'un procédé pharmaceutique aurait abusé des privilèges de brevet en ne satisfaisant pas à la demande du marché. S'il doit y avoir allégation d'abus, elle porterait plutôt sur l'abus causé par des prix élevés. Bien que la *Loi* ne contienne pas de dispositions indiquant que les prix élevés constitueraient un abus, cette allégation n'a jamais été invoquée avec succès par le Commissaire en vertu de cet article de la *Loi*.

États-Unis

De tous les pays que la Commission a examinés, c'est aux États-Unis que la protection conférée par un brevet est la plus étendue ou la plus rigoureuse.

À l'origine, la protection conférée par un brevet aux termes de la *Patent Act* de 1861 (loi sur les brevets) était d'une durée de dix-sept ans, à compter de la date d'octroi du brevet et non pas, comme dans bon nombre d'autres pays, (le Canada et les pays membres de la Communauté économique européenne par exemple) à compter de la date de dépôt. Aucune modification n'a été apportée à la disposition relative à la durée de la protection jusqu'à l'an dernier. C'est alors qu'une loi a été adoptée concernant les brevets de produits pharmaceutiques qui garantit aux titulaires de brevets une protection minimale pour leurs produits ou procédés. On a justifié ce changement en invoquant les longs délais nécessaires pour mener des essais et commercialiser le produit.

Qu'il s'agisse d'un produit ou d'un procédé de fabrication, chaque demande de brevet doit porter uniquement sur un produit et sur une méthode de fabrication; aux États-Unis, il existe des demandes de brevet pour les produits et les procédés mais il n'y a aucune disposition particulière applicable aux produits pharmaceutiques. Il peut aussi exister des brevets concernant l'usage de médicaments à des fins médicales. C'est pourquoi bon nombre de brevets ont fait l'objet de demandes et ont été délivrés pour un produit. Il y

[29] Communication de Hoffmann-La Roche Ltd. à la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique, Etobicoke (Ontario), octobre 1984

aura un brevet pour le produit, d'autres pour les méthodes de fabrication employées et d'autres encore pour les usages médicaux du produit. L'existence de cette loi, la procédure d'approbation observée et le délai qui s'écoule entre la demande et l'octroi du brevet font que tous les brevets ne sont pas délivrés au même moment et que la protection conférée pour une durée de dix-sept ans débutera et s'achèvera à des dates différentes. Il se peut qu'une première demande soit faite à l'égard d'un vaste éventail de composés mais qu'on finisse par l'abandonner en faveur d'une demande de prolongation ou d'une demande de continuation pour l'un des composés.[30]

Aux États-Unis, il n'existe aucune disposition relative aux licences obligatoires pour des produits ou des procédés brevetés, bien que certaines licences aient été accordées en vertu de dispositions anti-trust.[31] La *Loi* ne renferme en outre aucune disposition relative à l'exploitation du brevet aux États-Unis.

Une nouvelle loi intitulée *Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act* a été adoptée à l'automne de 1984. Cette loi a deux effets. Tout d'abord, elle prévoit une procédure abrégée pour l'autorisation de mise sur le marché des médicaments génériques. Ensuite, elle peut prolonger la durée du brevet pour récupérer le temps écoulé avant que la *FDA* ne donne l'autorisation. En vertu de cette nouvelle loi, les fabricants de produits de marque bénéficieront d'une prolongation de cinq ans de la période d'exclusivité de commercialisation de nouvelles entités chimiques si le médicament fait l'objet d'un examen réglementaire. La période maximale est de cinq ans, mais la durée réelle du délai de prolongation est calculée en fonction de la durée du processus d'approbation auprès de la *FDA*, c'est-à-dire cinq ans au maximum. Il y a aussi une durée maximale au-delà de laquelle on ne peut accorder de prolongation : la durée totale de la protection du brevet non expiré, ajoutée à la période de prolongation établie conformément à la modification après l'approbation, ne peut dépasser quatorze ans. Cette disposition relative à la prolongation s'applique uniquement dans le cas des médicaments qui n'ont pas encore fait l'objet d'un brevet ou d'essais. Pour le médicament qui a fait l'objet d'un brevet et d'essais, mais qui n'a pas encore été approuvé par la *FDA*, la période de prolongation maximale est de deux ans.

Les fabricants de médicaments génériques peuvent maintenant soumettre l'article breveté à des essais avant de présenter une demande en vue d'obtenir l'autorisation de commercialiser leurs produits génériques à l'expiration du brevet et une autre demande semblable s'ils n'ont pas l'intention de commercialiser leurs produits avant l'expiration du brevet.[32]

---

[30] Alfred B. Engelberg, «Patent Term Extension: an Overreaching Solution to a Nonexistent Problem», *Health Affairs*, printemps 1982

[31] F. M. Scherer, *The Economic Effects of Compulsory Patent Licensing* (New York, New York University, 1977), p. 41

[32] U. S. House of Representatives, *Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act of 1984*, Rept. 98-857, partie 2

Pays européens

En vertu de la Convention sur le brevet européen signée à Munich le 5 octobre 1973, un office centralisé des brevets a été mis sur pied. Lorsqu'une demande de brevet est déposée dans cet office, la protection conférée aux produits et procédés brevetés s'étend à tous les pays membres. L'exploitation d'un système centralisé ne rend nullement inefficaces les systèmes employés dans chaque pays. Le dépôt d'une demande de brevet à l'Office européen des brevets «entraîne l'octroi d'un ensemble de brevets nationaux, chacun étant assujetti aux mêmes dispositions qu'un brevet national accordé directement dans le pays concerné . . .»[33] Il peut exister certaines réserves quant à la durée maximale (dix ans à compter de la date de la Convention avec prolongation possible de cinq ans) pour ce qui est du droit de limiter aux procédés la protection conférée par brevet aux produits pharmaceutiques. L'Autriche a émis cette réserve. Les divers pays membres qui, par le passé, avaient leurs propres dispositions législatives en matière de protection des brevets ont récemment adopté des modifications afin de rendre les dispositions susmentionnées conformes au système centralisé.

En vertu de la Convention, la durée de la protection du brevet est de vingt ans. La protection est conférée tant aux produits qu'aux procédés; aucune disposition relative aux licences obligatoires et aucune autre restriction ne s'appliquent particulièrement aux produits pharmaceutiques (à l'exception de la réserve provisoire mentionnée).

La Convention sur le brevet communautaire a été signée au Luxembourg le 15 décembre 1975. Elle prévoit que «. . . Les brevets européens . . . ont un caractère unitaire et autonome.»[34] Selon la Convention, le brevet communautaire déposé est applicable dans tous les pays signataires. L'une des dispositions relatives à la période de transition dans la Convention permet aux États membres de se réserver le droit d'accorder des licences obligatoires advenant la non-exploitation du brevet dans l'État. La période de transition est encore de dix ans, avec possibilité d'une prolongation maximale de cinq ans. Après la période de transition, des licences obligatoires peuvent être délivrées en vertu des lois de chaque État contractant, sauf pour la non-exploitation du brevet dans cet État, si le produit est fabriqué dans un autre État et ce, en quantités suffisantes pour approvisionner le premier État.

Toutefois, les autres ententes de la Communauté économique européenne renferment des dispositions relatives à l'importation parallèle, ce qui entraîne une baisse des prix dans les États membres en raison de la concurrence établie au niveau des sources d'approvisionnement des produits.

Avant l'adhésion du Royaume-Uni à la Convention sur le brevet européen et la modification de sa législation sur les brevets, la protection des brevets

---

[33] *Manual for the Handling of Applications for Patent Designs and Trademarks Throughout the World*, (Amsterdam, Registered Patents and Trademark Agents, 1980), supplément n° 40 (février 1980), p. 1

[34] *Ibid.*, supplément n° 36 (avril 1978), p. 1

s'appliquait aux produits et aux «procédés de fabrication» pendant seize ans à compter de la date d'octroi du brevet. Il existait également une disposition semblable à celle qui est énoncée dans l'article 67 de la loi canadienne, laquelle prévoit l'octroi d'une licence obligatoire en cas d'abus. Comme c'est le cas au Canada, les demandes présentées conformément à la disposition relative à l'abus sont très rares.[35] Il existe en outre des dispositions particulières sur l'octroi de licences obligatoires pour les aliments et les médicaments. De fait, cet article est celui dont s'est inspiré l'article de la loi canadienne avant sa révision. Une disposition prévoyait aussi l'usage de brevets par la Couronne, semblable à la disposition énoncée dans la loi canadienne. L'article qui portait sur l'octroi de licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques et alimentaires a été abrogé en 1977, mais non la disposition relative à l'abus. Il existe aussi une disposition particulière qui autorise la Couronne à vendre des médicaments (alinéa 55(1)*c*) du *Patent Act*). (Note : la protection par brevet des substances chimiques au Royaume-Uni a été abolie en 1919 et rétablie en 1949.)

Avant d'adhérer à la Convention, la Suède a aussi restreint à des usages désignés la protection conférée par brevet à des produits, sauf dans le cas des produits pharmaceutiques; la durée de la protection ainsi conférée était de dix-huit ans. Aux Pays-Bas, la protection du produit n'existait pas non plus jusqu'en 1976. En Italie, la durée de la protection avait été de quinze ans; avant 1979, les médicaments étaient non brevetables. Avant la modification apportée par la Suisse à sa législation en matière de brevets en 1978, les médicaments n'étaient pas brevetables et la durée du brevet était de dix-huit ans à compter de la date du dépôt. La loi contenait aussi des dispositions relatives aux licences obligatoires dans le cas d'abus, d'un brevet ultérieur (ou plus récent) non exploitable à moins d'une contrefaçon d'un brevet antérieur et enfin, lorsque l'intérêt public est en jeu. Avant 1978, les dispositions relatives aux produits pharmaceutiques en Allemagne de l'Ouest étaient essentiellement les mêmes qu'en Suède.

Dans bon nombre de pays européens, dont la Suède et les Pays-Bas, les licences obligatoires sont délivrées dans le cas de brevets ultérieurs, de la non-exploitation de brevets et lorsque l'intérêt public est en jeu. La France et l'Allemagne de l'Ouest prévoient encore des licences obligatoires pour les motifs suivants : non-exploitation d'un brevet et exploitation d'un brevet préjudiciable à l'intérêt public. En Italie, les licences obligatoires peuvent être délivrées pour des brevets ultérieurs et dans les cas de non-exploitation.[36]

Toutefois, pour ce qui est de la concurrence par les prix, la situation diffère de celle qui prévaut au Canada ou aux États-Unis en raison de l'existence d'importations parallèles (le commerçant importe d'un autre pays membre un produit à un prix inférieur) et aussi en raison de la réglementation

[35] C.T. Taylor et Z.A. Siberston, *The Economic Impact of the Patent System* (Cambridge, Cambridge University Press, 1973), p. 16

[36] Anne Marie Green, ed., *Patents Throughout the World* (New York, Clark, Boardman Co., 1984)

des prix des produits exercée sous diverses formes dans bon nombre d'États membres. Cette réglementation s'effectue à partir de nombreux types de régimes de remboursement du coût des médicaments en vigueur dans ces pays.

Le Royaume-Uni a récemment publié une liste restreinte des médicaments dont le coût est assumé par les services de santé. Il s'agit d'une liste restreinte de médicaments qu'un médecin peut prescrire conformément au *National Health Service* dans certaines catégories thérapeutiques. Il existe également au Royaume-Uni le *Pharmaceutical Price Regulation System*, régime qui prévoit le remboursement du coût des médicaments par le *NHS* aux pharmaciens à certains niveaux (selon certaines ristournes négociées pour les fabricants de produits pharmaceutiques et de remises consenties par les grossistes aux pharmaciens).

Bon nombre d'autres pays européens ont négocié des prix qui seront consentis aux entreprises pour leurs produits. La France réglemente les prix en concluant des ententes avec chacun des fabricants. Les travaux de recherche et développement, les investissements, les exportations et l'embauche sont quelques-uns des motifs d'une augmentation des prix cités dans les négociations contractuelles.[37]

> «In order to be reimbursed at all a drug must be on the Ministry's approved list. New drugs can be added only if they are either medically more effective or equally effective but less costly than already reimbursed drugs.»[38]

En Belgique,

> «A five-category system provides for different levels of patient contribution to the cost of medicines: category A, life-saving medicines—fully reimbursed; category B, therapeutically useful—patient pays 25% up to a limit which varies by patient category; categories C, CS, less useful—patients pay 50%, or 60% with a higher limit than B; category D, others—non-reimbursable.»[39]

Par l'intermédiaire de sa commission chargée de l'établissement des prix (la *CIP*), l'Italie détermine le prix des médicaments en tenant compte du coût des matières premières, du conditionnement, des renseignements scientifiques et médicaux, de la fabrication, de la commercialisation et des dépenses de recherche et développement.[40]

> «About 1,400 priority drugs on an approved list are supplied for a prescription fee of 1,000 lire. For other drugs on the list the patient pays in addition 20% [*Italian sources suggest the level is nearer 15%.—Ed.*] of the retail price subject to an upper fixed limit. Drugs not on the approved list are not reimbursed.»[41]

---

[37] *Scrip*, nº 958, 17 décembre 1984

[38] *Ibid.*, nº 970, 4 février 1985

[39] *Ibid.*

[40] *Ibid.*, nº 951, 21 novembre 1984

[41] *Ibid.*, 4 février 1985

L'Espagne réglemente également le prix des produits pharmaceutiques fabriqués au pays.[42]

> «Contraceptives, dietary products and over the counter products are non-reimbursable. For the vast majority of reimbursable medicines, the patient pays a contribution of 40% of the cost. For a small number of priority drugs, the patient contribution is 10%.»[43]

L'Allemagne de l'Ouest songe à établir une liste «positive» de médicaments autorisés à être prescrits.[44] «There is a negative list of drugs. . .for which all adults have to pay in full. . . .For other drugs patients pay a prescription charge.»[45]

En Irlande,

> «Patients on lower incomes are entitled to free health care under the state scheme, within which doctors may prescribe only from a limited list of some 900 drugs. Patients with higher incomes must join a voluntary (i.e., charitable or private) insurance scheme meeting certain minimum requirements.»[46]

Japon

Au Japon, la protection conférée par un brevet dure quinze ans à compter de la date de l'octroi du brevet, mais pas plus de vingt ans après la date de la demande. Les brevets d'addition sont accordés uniquement avant l'expiration du brevet original. Avant 1976, il n'existait qu'une protection du produit par le procédé dans le cas des substances chimiques; maintenant, cette protection est aussi conférée aux produits.

Des licences obligatoires peuvent être délivrées après trois années consécutives de non-exploitation du produit au Japon, lorsque l'intérêt public l'exige et dans le cas d'un brevet ultérieur.

Les régimes d'assurance-santé incitent également le Japon à réglementer les prix des produits médicamenteux figurant dans une liste. Par exemple, les réductions du prix coûtant ont récemment été fixées à 6 pour cent en moyenne (voir *Scrip*, 9 janvier 1985); ces prix sont en vigueur à compter de mars 1985.

---

[42] *Ibid.*, nº 944, 29 octobre 1984

[43] *Ibid.*, 4 février 1985

[44] *Ibid.*, nº 963, 9 janvier 1985

[45] *Ibid.*, nº 970, 4 février 1985

[46] *Ibid.*

Réglementation des médicaments

Canada

Les médicaments font l'objet d'une réglementation au Canada depuis 1875. La législation actuelle, qui a très peu évolué depuis la promulgation de la *Loi des aliments et drogues* en 1953, porte sur des principes généraux concernant les exigences auxquelles doivent se conformer les aliments, les drogues, les cosmétiques et les instruments thérapeutiques. La réglementation des médicaments et drogues incombe à la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Voici les dispositions principales du texte original de la *Loi des aliments et drogues* :

1. la tenue de livres et de registres;
2. l'interdiction de vendre des produits fabriqués ou entreposés dans des conditions non conformes aux normes établies;
3. l'exécution de programmes d'inspection auprès de toutes les usines où sont fabriqués des produits pharmaceutiques; et
4. l'échantillonnage des médicaments dont la vente est interdite au grand public.

Diverses modifications ont été introduites par la suite, dont une qui portait sur l'établissement de normes pour la fabrication des médicaments et l'interdiction de vente lorsque les dangers liés à l'utilisation du médicament sont évidents. Puis, en 1963, la *Loi* a fait l'objet de modifications importantes selon lesquelles des présentations doivent être faites avant qu'un médicament ne fasse l'objet d'essais cliniques (présentation préclinique de drogues nouvelles (PPDN) et qu'il ne soit commercialisé (présentation de drogue nouvelle PDN). Cette dernière présentation devait être étayée de preuves relatives à l'innocuité et à l'efficacité de la drogue. En 1971, le programme QUAD a été mis sur pied; il avait pour objet la révision des catégories de médicaments et des rapports d'inspection d'usines. Depuis lors, quelques modifications peu importantes (ajouts) ont été faites, notamment au sujet des exigences en matière d'approbation dans le cas des protocoles d'essais cliniques et de nouvelles lignes de conduite relatives aux procédés.

Il existe encore certaines incohérences pour ce qui est des médicaments classés comme produits de prescription (énumérés à l'Annexe F de la *Loi*) et ceux que la *Loi* considère comme des médicaments en vente libre. Par exemple, la digoxine n'est pas considérée comme un produit de prescription par le

gouvernement fédéral, bien que certaines provinces la classe dans cette catégorie.

Au Canada le processus d'autorisation de mise en marché des médicaments comporte deux étapes. Lorsqu'un fabricant souhaite d'abord la mise à l'essai d'un médicament n'ayant jamais été vendu au pays (nouvelle entité chimique), il doit obtenir l'approbation des autorités compétentes. La présentation doit renfermer des données détaillées sur les propriétés chimiques et pharmacologiques du médicament, des données précliniques sur la pharmacologie, le métabolisme et la toxicologie, ainsi que d'autres données cliniques provenant d'autres pays et des détails au sujet de l'étude proposée. Ces données doivent indiquer que le médicament ne présente pas de danger. Si la présentation est jugée satisfaisante, la DGPS délivre un avis de conformité au fabricant qui, à partir de ce moment, peut procéder aux essais cliniques proposés au Canada. Les fabricants doivent obtenir une autorisation pour chacun des autres essais cliniques. Certains services exigent même que des présentations distinctes soient faites pour chacun des enquêteurs effectuant une partie d'un essai clinique.

Lorsqu'un fabricant souhaite commercialiser un médicament, il doit faire une présentation de drogue nouvelle (PDN) avant la vente. Cette présentation renferme des renseignements semblables à ceux qui figurent dans la présentation PNDS (drogue nouvelle de recherche), ainsi que toute autre donnée nouvelle. Le fabricant doit aussi inclure une monographie du produit, soit le document qui contient des renseignements détaillés que tous les médecins appelés à prescrire un médicament doivent connaître.

Enfin, lorsque de nouvelles données sont soumises par le fabricant à l'égard de nouvelles indications, de nouveaux effets indésirables ou autres changements apportés à la monographie du produit, ou au sujet de nouveaux fournisseurs de matières premières, de nouvelles formules ou de nouvelles stabilités, le fabricant doit déposer une présentation supplémentaire de drogue nouvelle et obtenir l'approbation nécessaire afin d'effectuer des changements quelconques avant que le médicament ne soit commercialisé conformément à ces modifications.

La monographie du produit est censée fournir au médecin des renseignements approuvés et détaillés, sans publicité ni réclame exagérées, qui lui indiquent les divers usages du produit et toutes les précautions à prendre. Une fois publiée, la version finale de la monographie du produit, il faut que le fabricant s'en tienne uniquement aux renseignements figurant dans cette monographie pour vanter les mérites de son produit. Malheureusement, la monographie sous sa forme actuelle est extrêmement longue et complexe; elle renferme un grand nombre de renseignements de nature scientifique plutôt que médicale (la longueur du document peut varier de plusieurs pages à 60 pages). Étant donné la nature du document, il arrive souvent que les professionnels auxquels il est destiné ne le lisent pas. En outre, toute modification apportée à la monographie (notamment les mises en garde ou les restrictions à ajouter) doivent d'abord être approuvées par la DGPS. Le fabricant ne peut faire ces changements lui-même.

Lorsqu'un médicament est lancé sur le marché, le fabricant doit en signaler tout effet indésirable. Habituellement, lorsque survient une réaction indésirable grave et qu'un médecin estime qu'un médicament peut être en cause, il signalera l'incident au fabricant qui, à son tour, communiquera avec la DGPS à ce sujet. Toutefois, le fabricant est obligé de prendre ces mesures uniquement lorsqu'on lui signale des effets indésirables. Les médecins ne sont pas tenus par la loi de faire de tels rapports; les fabricants de produits pharmaceutiques et la DGPS doivent donc compter sur leur déclaration volontaire de tels effets. Certaines associations médicales provinciales et certaines associations de médecins spécialistes ont instauré des systèmes de déclaration volontaire. Cela signifie que certains problèmes peuvent très bien ne pas être perçus ou signalés aussi vite que possible aux autorités investies d'un pouvoir de réglementation.

Selon la loi actuelle, la Direction générale de la protection de la santé n'a pas le droit d'exiger, dans le cadre du processus d'approbation, qu'un produit soit soumis à un programme particulier de surveillance après sa mise en marché. Autrement dit, si un médicament est important mais qu'on s'inquiète du fait qu'il posera des problèmes, la DGPS ne peut faire autrement qu'exiger d'autres essais cliniques avant d'approuver la mise en marché du produit. Comment peut-on approuver le médicament et en même temps exiger du fabricant qu'il procède à des essais de surveillance après la mise en marché? Ces mesures retardent la commercialisation d'un médicament qui peut être précieux, et ce en raison de problèmes qu'on pourrait mieux régler par des vérifications après la mise en marché.

> «. . .the efficacy of many drug uses can be evaluated without formal research, i.e., on the basis of clinical experience with the drug. It is also clear that when formal research is needed, non-experimental methods can sometimes be validly applied in post-marketing studies of drug efficacy. . . .experimental studies will probably always have an important role in the investigation of drug efficacy after marketing, especially for the important questions of long-term drug effects modified by therapy and questions of relative efficacy. . . .the scientific community's reluctance to accept clinical experience and non-experimental studies as the source of drug efficacy information, together with limitations in the applicability of the randomized clinical trial, has resulted in unnecessary gaps in the clinical information currently available. . .potential utility of clinical experience and non-experimental studies would result in the updating of drug labelling based on all the information available at any time after marketing. . . .post-marketing research. . .is. . .suggested. . .as a necessary supplement [to pre-marketing research].»[47]

Si des problèmes importants sont signalés dans le cas d'un médicament, la DGPS a le pouvoir d'en restreindre l'usage (en fait, de modifier la monographie du produit) ou de décider de ne plus en approuver la mise en marché.

Depuis les modifications importantes de 1963, on distingue entre les médicaments vendus avant et après 1962. Ces médicaments ont été qualifiés

---

[47] L. Strom, Alli S. Miettinen et Kenneth L. Melonan, «Post Marketing Studies of Drug Efficacy: How?» *American Journal of Medicine* 77 (octobre 1984), pp. 705-707

respectivement d'«anciennes drogues» et de «nouvelles drogues». Les nouvelles drogues doivent faire l'objet d'un examen avant leur mise en marché dans tous les cas où elles sont fabriquées pour chaque type de nouvelle formule ou par chaque nouveau fabricant. Il n'en est pas de même pour les anciennes drogues, d'où diverses anomalies; par exemple, une ancienne drogue peut en devenir une nouvelle, si elle doit être commercialisée pour une nouvelle indication.

La catégorie d'anciennes drogues renferme essentiellement celles qui se vendaient avant les modifications de 1963. La *Loi* prévoit la conversion d'une nouvelle drogue en une ancienne drogue (en raison de son innocuité confirmée), mais on a rarement recours à une telle mesure. Un nouveau fabricant peut commercialiser une ancienne drogue sans que le gouvernement ne soit informé de son origine, de sa qualité, de sa stabilité, des conditions dans lesquelles le produit fini a été fabriqué ou de la disponibilité physiologique du principe actif du médicament.

Si le fabricant tient à ce qu'un médicament soit vendu sans ordonnance, il faut qu'une présentation soit faite au Bureau des médicaments en vente libre et qu'elle soit étudiée par ce service. Des présentations de nouvelles drogues sont adressées au bureau en question uniquement pour une décision touchant leur commercialisation, après avoir été étudiées par le Bureau des médicaments humains prescrits (services qui relèvent tous les deux de la DGPS). La partie de ces présentations qui traite des propriétés chimiques des produits pharmaceutiques doit être examinée par ce dernier bureau.

Un autre service, le Bureau des produits biologiques, s'occupe des produits d'origine biologique, notamment les vaccins, les agents immunologiques et les hormones. Ce service est tenu d'étudier les présentations relatives aux essais cliniques et à la commercialisation et d'inspecter les usines. Tous les fabricants de ces produits doivent être titulaires d'une licence. L'une des fonctions principales du bureau est donc d'exercer un contrôle de la qualité auprès de ces fabricants. Cette fonction est vraiment fort différente de celles que remplissent d'autres secteurs de la DGPS dans ce domaine. Les autres directions générales s'occupent uniquement du contrôle de la qualité des usines à des fins de vérification; si des problèmes sont décelés, les fabricants peuvent se voir refuser l'approbation.

Pour ce qui est de la durée du processus d'approbation, il faut prévoir jusqu'à dix-huit mois pour les essais sur la toxicologie. Il faut compter environ cinq mois pour l'approbation des PDNR et environ vingt-quatre mois pour l'approbation des PDN, sans compter le temps nécessaire pour effectuer des essais cliniques entre l'approbation de la DNR et la demande de PDN.[48] La DGPS s'occupe elle-même de toutes les demandes qui lui sont soumises. Rien n'est prévu dans le cas de situations complexes, où il serait nécessaire d'adresser une demande à une équipe quelconque de groupes de médecins exerçant des fonctions d'experts-conseils.

[48] *Ibid.*

Royaume-Uni

En 1981, un certain nombre de nouveaux règlements simplifiés pour l'approbation des médicaments ont été adoptés au Royaume-Uni. En raison de ces changements, les fabricants de produits pharmaceutiques sont encore tenus de mener les mêmes essais et de fournir la même quantité de renseignements; toutefois, on a réduit le nombre d'exigences concernant la transmission de renseignements à la *Medicines Division*. Pour faire une demande en vue d'obtenir une *Exemption for a Clinical Trial Certificate*, il suffit de fournir un résumé des données servant à étayer les études, accompagné d'un énoncé du protocole de l'étude proposée et de l'avis d'un médecin selon lequel l'étude est raisonnable. La proposition doit être approuvée dans les 35 jours qui suivent. Si la proposition est rejetée, l'entreprise a le droit de faire examiner la demande par le *Committee on Safety of Medicines* (comité sur l'innocuité des médicaments). L'entreprise peut aussi saisir ce comité de ses griefs. Les comités de déontologie procèdent aussi à un examen minutieux des protocoles. Si le comité local de déontologie refuse d'autoriser un essai, l'autorité responsable de l'octroi des licences doit en être avisée.

En ce qui touche les essais cliniques, les exemptions s'appliquent à tous les essais proposés qui auraient exigé un certificat par le passé. Toute entreprise est libre de présenter une demande de certificat de la façon habituelle; un fabricant qui s'est vu refuser une exemption peut présenter une demande relative à un certificat. Cette demande sera ensuite renvoyée au *Committee on Safety of Medicines*.

Avant l'introduction de cette modification, le fabricant devait obtenir un *Clinical Trial Certificate* (certificat d'essais cliniques) avant de procéder aux essais. À l'heure actuelle, avec la demande d'exemption, le fabricant peut procéder à l'essai si l'exemption est accordée, pourvu qu'il communique aux responsables de l'octroi des licences l'un ou l'autre des renseignements suivants :

1. toute modification du protocole,
2. tout effet indésirable observé au cours de l'essai,
3. tout renseignement mettant en doute l'innocuité de la substance, et
4. toute objection soulevée par le comité de déontologie concernant l'étude proposée.

L'application du nouveau programme semble avoir été une expérience très positive. Il s'est écoulé beaucoup moins de temps entre la demande et l'octroi dans le cas des exemptions que dans le cas des certificats; on a donc pu entreprendre les essais plus tôt que par le passé (ce qui accélère l'entrée de nouvelles substances importantes sur le marché). En outre, le nombre d'exemptions qui ont fait l'objet d'une demande et qui ont été accordées traduisent l'utilité du procédé pour le fabricant et pour la profession médicale (ce qui incite les fabricants à mener des essais cliniques au Royaume-Uni plutôt qu'ailleurs). Très peu de demandes d'exemption ont été rejetées. On a

exigé une évaluation complète des données brutes dans quelques cas seulement.[49]

Quant à la durée du processus d'approbation d'une demande au Royaume-Uni, il faut compter six mois pour les essais toxicologiques. Les présentations précliniques de drogues nouvelles exigent environ un mois, de même que les protocoles d'essais. Il faut attendre en moyenne 5,8 mois pour obtenir l'approbation d'une demande relative à une présentation de drogue nouvelle.

Dans le cas des demandes complexes relatives à des certificats d'essais cliniques (*Clinical Trial Certificate*), le *Department of Health and Social Security* renverra la demande à un comité consultatif qui se chargera de l'étudier. Ce comité est formé d'experts venant de tous les domaines de la médecine, notamment des médecins biologistes, des pharmacologues non spécialisés, des toxicologues, des biochimistes, des biostatisticiens, etc.

États-Unis

Avant l'adoption récente de nouveaux règlements concernant l'approbation de médicaments génériques, on traitait différemment les médicaments approuvés avant 1962 et après cette date. Si la première demande avait été approuvée plus tôt (à l'époque, la norme portait uniquement sur l'innocuité), la *Federal Drug Administration* (*FDA*) autorisait une entreprise à fabriquer des médicaments génériques sans avoir à répéter des essais déjà approuvés. Les médicaments approuvés par la suite ne pouvaient être fabriqués comme produits génériques à moins que l'entreprise ne reprenne essentiellement toutes les études menées en vue d'apprécier l'innocuité et l'efficacité de ces produits.

> «The FDA rules on generic drug approval for drugs approved after 1962 have had serious anti-competitive effects. The net result of these rules has been the practical extension of the monopoly position of the patent holder beyond the expiration of the patent. This is so because of the inability of generics to obtain approval for these post-1962 drugs without enormous expenditures of money for duplicative tests.»[50]

À l'heure actuelle, les seuls essais pour lesquels il faut soumettre des données sont ceux qui démontrent que le produit générique a des propriétés thérapeutiques identiques ou équivalentes au médicament original.

La nouvelle loi

> «... permits generic applications to be effective after a patent expires. In addition [it] provides that a generic manufacturer may request FDA approval to begin marketing before the patent on the drug has expired. . . .If the

[49] C.J. Spiers et J.P. Griffin, «A Survey of the First Year of Operation of the New Procedure Affecting the Conduct of Clinical Trials in the U.K.», *British Journal of Clinical Pharmacy* 15 (1983)

[50] U.S. House of Representatives. *Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act of 1984*, Rept. 98-857, partie 2, p. 4

generic manufacturer seeks such an approval, it must allege that the existing patent is invalid or will not be infringed. In this instance notification must be given by the generic to the patent holder concerning the application for FDA approval. In these cases the FDA may not approve the generic application until either: (1) 18 months have expired or (2) a court has determined that no infringement will take place. After the expiration of 18 months, if there has been no intervening judicial determination, the FDA will approve the generic application, even if the drug is still on patent.»[51]

La loi prévoit aussi «. . .a four year grant of market exclusivity to be granted by the Commissioner of the FDA for unpatentable substances which have been approved for use as drugs by the FDA.»[52]

Il n'est pas nécessaire de faire approuver les protocoles. Il suffit uniquement de les déposer, comme c'est le cas en France. Il faut compter douze mois pour des essais toxicologiques avant leur approbation. Il faut prévoir environ un mois pour les présentations de DNR. Pour l'approbation des demandes relatives à la mise en marché de nouvelles entités chimiques, il faut compter une moyenne de 12,3 mois pour celles qui sont le résultat de progrès modestes à importants en chimie, 19,5 mois pour celles qui sont le résultat de progrès thérapeutiques peu importants et 11,3 mois pour toutes les autres (nouvelles indications, nouvelles formules, etc.). (Ces données se rapportent à 1983.)

Les comités consultatifs formés de nombreux experts œuvrant dans le secteur privé s'occupent des cas où les réactions du personnel interne sont négatives.

Japon

Toute demande relative à l'inscription des médicaments peut être rejetée lorsqu'elle ne satisfait pas aux exigences en matière d'innocuité et d'efficacité. Elle peut l'être également si l'avantage thérapeutique que présentent ces médicaments par rapport à d'autres médicaments existants n'est pas suffisamment important du point de vue statistique, ou si l'on juge que les données confirmant l'innocuité et l'efficacité du médicament sont insuffisantes ou encore s'il n'existe pas suffisamment de données locales au sujet du médicament (toxicologie, tératologie, pharmacologie, etc.). En pratique, il faut compter un an pour l'inscription, mais cette période peut s'étendre jusqu'à trois ans dans le cas des médicaments qui viennent d'être mis au point.

On peut soumettre moins de documents à l'appui des demandes dans le cas des médicaments qui ne représentent pas une nouvelle entité chimique, de ceux qui ne figurent pas dans la pharmacopée japonaise et des médicaments en vente libre. De façon générale, il suffit de soumettre une fiche technique et une

[51] *Ibid.*, p. 5

[52] *Ibid.*

description de la méthode d'analyse ainsi que des données provenant de ces analyses, des données sur la stabilité du produit et les résultats d'études de disponibilité physiologique menées à l'échelle locale.

À l'heure actuelle, il n'existe aucune exigence relative à l'autorisation préalable des essais cliniques. Toutefois, il faut un avis préalable dans le cas de certains types de médicaments. Les essais doivent être effectués par des médecins compétents dans des installations adéquates. Toutes les études doivent être menées au pays, les données d'études à l'étranger servant uniquement à des fins de référence. Les essais toxicologiques au Japon durent douze mois (comme aux États-Unis).

Il n'est pas nécessaire non plus de signaler les données scientifiques obtenues après l'inscription. Toutefois, le fabricant doit signaler immédiatement tout effet indésirable grave. Les médecins ne sont pas tenus par la loi de communiquer quelque renseignement que ce soit à ce sujet.

Il faut qu'un dépliant d'information soit préparé et inséré dans l'emballage pour la plupart des médicaments. Ce dépliant doit contenir les renseignements suivants : mode d'administration, posologie, précautions à prendre lors de la manipulation du médicament, contre-indications, mises en garde, indications et effets indésirables, etc.[53]

France

Il n'existe aucun motif justifiant le refus d'une demande en bonne et due forme concernant l'inscription des médicaments sur une liste approuvée, sauf le non-respect des critères habituels relatifs à la qualité, à l'innocuité et à l'efficacité d'un médicament. Les médicaments sont inscrits sur une liste approuvée pour une période de cinq ans et l'inscription peut être renouvelée pour une période de même durée à la demande du fabricant. Pour obtenir un renouvellement, le fabricant doit déclarer que les données soumises à l'appui d'une demande originale n'ont pas été modifiées. Dans la pratique, il faut compter en moyenne six mois pour l'approbation. Selon le règlement, le ministère de la Santé doit se prononcer dans les 120 jours après la réception de la présentation; dans des cas exceptionnels, une prolongation de 90 jours peut être accordée.

On n'exige pas autant de documents à l'appui d'une demande dans le cas des médicaments renfermant des principes actifs bien connus, de présentations supplémentaires à l'égard de médicaments qui sont déjà sur le marché ou de spécialités qui correspondent à des formules médicamenteuses figurant dans la pharmacopée française ou le formulaire national français. Il faut cependant

---

[53] À moins d'indications contraires, les renseignements présentés dans cette annexe au sujet de la situation au Japon, en France et en Allemagne fédérale sont tirés d'un document de la Fédération internationale de l'industrie du médicament (FIIM) intitulé *Legal and Practical Requirements for the Registration of Drugs (Medicinal Products) For Human Use* (Suisse, 1975)

soumettre dans tous les cas des données analytiques (contrôle des matières premières et des produits finis).

Avant que les démarches soient entreprises, il faut qu'un avis d'essai clinique soit signifié au ministère de la Santé. Tous les essais nécessaires doivent être menés par des experts choisis à partir d'une liste approuvée par le Ministre. Les procédures à suivre ont été établies par le ministère. Si les protocoles énoncés dans les règlements ne peuvent être respectés, il faut soumettre le programme de l'essai.

Les données provenant d'études menées à l'étranger seront acceptées uniquement si le nom des chercheurs qui ont effectué ces études apparaît sur la liste des experts approuvés. Il faut compter six mois pour des essais toxicologiques en France (comme au Royaume-Uni). L'approbation des PCDN prend environ un mois (voir le tableau A1.2).

Le Ministre peut aussi faire appel à des experts approuvés ou désignés pour avoir leur avis sur des demandes.

En cas de modification des données sur les effets indésirables qui sont consignées dans le dossier original, le fabricant doit en informer le ministère. Les médecins doivent signaler les effets indésirables graves aux autorités sanitaires et au fabricant. La Commission nationale de pharmacovigilance reçoit des rapports sur ces effets indésirables des professionnels de la santé et des responsables du gouvernement et elle analyse les données.[54]

Allemagne de l'Ouest

Pour obtenir une autorisation relative à la mise en marché de médicaments, il suffit de démontrer que le produit en question satisfait aux critères habituels concernant la qualité, l'innocuité et l'efficacité. L'inscription est valide pour une période de cinq ans et peut être renouvelée. En général, il faut compter de un à trois ans pour obtenir cette autorisation.

On n'exige pas autant de documents à l'appui de la demande d'autorisation dans le cas des médicaments qui ne représentent pas une nouvelle entité chimique et de ceux pour lesquels il existe déjà une monographie dans la pharmacopée. Cependant, il faut soumettre des données sur les méthodes de contrôle des principes actifs et sur les analyses effectuées au cours de l'étape de mise au point de la forme posologique finale ainsi que des renseignements sur l'efficacité et la tolérance.

Il faut donner un avis avant le début des essais cliniques et inclure des données sur la pharmacologie et la toxicologie. Les essais doivent être menés par des médecins qui ont de l'expérience dans le domaine des essais cliniques.

---

[54] *Idem.*

On tient compte des données issues de toutes les études menées à l'étranger lorsque ces études sont menées correctement, dans des conditions comparables à celles qui existent en Allemagne de l'Ouest, et qu'elles sont présentées de façon convenable. Autrement, il faut mener d'autres essais cliniques au pays même.

En Allemagne de l'Ouest, les études toxicologiques durent six mois (comme en France et au Royaume-Uni). Il ne faut pas plus qu'un avis pour les présentations précliniques de drogues nouvelles et pour les protocoles.

Les médecins doivent signaler tout effet indésirable au fabricant et à la Commission des médicaments. Il faut également qu'un rapport soit soumis sur les effets indésirables observés au cours de la période initiale de commercialisation.[55]

[55] *Idem.*

Notes annexées au tableau A1.2

Exigences relatives aux essais cliniques européens—Documentation réglementaire

Le tableau A1.2 résume l'expérience d'un certain nombre d'entreprises dans les pays concernés. Il y a lieu de croire qu'il s'agit d'un tableau précis; toutefois, ni les personnes qui l'ont dressé ni l'ABPI ne peuvent être tenues responsables des erreurs ou des omissions que pourrait renfermer le tableau. Il ne faut pas oublier non plus que les exigences sont souvent modifiées.

Légende

1. Formule développée et formule quantitative/qualitative
2. Protocole de l'analyse des fournitures cliniques
3. Spécimens et méthodes d'essais employées pour les produits formulés
4. Pharmacologie
5. Pharmacocinétique
6. Toxicité aiguë
7. 14 jours, 2 espèces
8. 30 jours, 2 espèces
9. 90/180 jours, 2 espèces
10. Segment I Fertilité
11. Segment II Tératologie

[11.] Segment II, Tératologie, seulement si des femmes en âge de procréer doivent participer à l'essai

12. Mutagénicité
13. Résultats de la phase I (si l'on en dispose)
14. Récapitulation
15. Résumé des données

Approbation du comité de déontologie

Dans certains pays, il faut obtenir l'approbation d'un organisme de réglementation et aussi celle d'un comité de déontologie.

Tableau A1.2

Exigences auxquelles doivent satisfaire les essais cliniques européens—documentation réglementaire (fournie soit à un organisme de réglementation, soit à un enquêteur)

Pays	Genre d'étude (phase I) volontaire		Premier essai clinique confirmant l'innocuité et l'efficacité initiales (phase II)		Essais cliniques à plus long terme (phase III)	Exigée par l'enquêteur A Approuvée par l'organisme B Reçue de l'organisme C Remise à l'organisme D
	À dose unique	À doses multiples	À dose unique	À doses multiples		
Belgique					Certains pays peuvent exiger d'autres données dès qu'elles sont disponibles (rapports complets)	B (6 semaines); il se peut que des essais locaux soient nécessaires en vue d'un contrôle de la qualité
Hollande						A/B (de 4 à 8 semaines pour obtenir l'approbation de l'enquêteur et de l'organisme ainsi que le certificat d'importation)
Australie						B (environ 3 mois) étude sous la direction d'un «enquêteur autorisé»
Danemark	1,2,4(S), 5(S),6,7(S)	1,2,4(S),5(S), 6,8(S),13(S)	Comme dans les études auprès de sujets volontaires 1, 13(S)	1,2,3,4(S),5(S), 6,8(S) or 9(S), [11(S)] + 13(S)		C (2 semaines)
Finlande						B (8 semaines)
Grèce						D/A (2 mois) et le certificat d'importation de KEEF (2 semaines)

Norvège					B (de 2 à 6 semaines)
Espagne					B (de 3 à 6 mois), centre approuvé par le gouvernement
Suède					B (6 semaines)
Suisse					A—signé, protocole convenu
France	----------Illégal----------		1,2,3,4,5,6, 7 + 13(S)	1,2,3,4,5,6,8 ou 9,11 + 13(S)	C (2 semaines) pour l'approbation par des «experts» (peut prendre jusqu'à 3 mois)
R.F.A.	1,2,3,4,5,6,7	1,2,3,4,5,6, 8 + 13(S)	Comme à la première phase	1,2,3,4,5,6,8 ou 9,11,12, + 13(S)	D
Italie	1,2,3,4,5,6, 7,12	1,2,3,4,5,6, 8,12	Comme à la première phase	1,2,3,4,5,6, 8 ou 9,11,12	B (de 6 à 12 mois) en supposant que les essais locaux en vue du contrôle de la qualité aient été effectués. À l'échelon local, il faudra peut-être répéter les essais pharmacologiques/toxicologiques
Royaume-Uni	Aucune exigence 1,2,4(S), 5(S),6,7(S)	Aucune exigence 1,2,4(S),5(S) 6,8(S),13(S)	1,2 ,3,4,5,6,7, 12 + 13(S) 1,2/3(S),4(S), 5(S),6,7(S), 12(S) + 13(S)	1,2,3,4,5,6,8 ou 9,[11],12,13(S), 14 1,2/3(S),4(S), 5(S),6,8(S) ou 9(S),[11(S)], 12(S) + 13(S)	B (de 4 à 6 mois) B (de 5 à 9 semaines)
Irlande du Nord	1,2/3(S), 4(S),5(S),6, 7(S),12(S)				B/C (de 4 à 8 semaines)

Chapitre 2

L'industrie pharmaceutique au Canada : aperçu historique

Comme dans de nombreux autres pays, les origines de l'industrie pharmaceutique au Canada remontent à la dernière moitié du 19e siècle : Charles E. Frosst, par exemple, a établi l'une des premières entreprises pharmaceutiques à Montréal en 1899. Cependant, ce rapport porte sur une période plus récente et par conséquent l'examen de la croissance et du développement de l'industrie au Canada sera limité aux deux dernières décennies.

Ce chapitre porte sur la croissance du nombre d'établissements dans l'industrie pharmaceutique et la répartition parmi ces établissements, classés par taille, de la valeur des livraisons des usines entre 1961 et 1982. Plusieurs statistiques principales qui caractérisent l'industrie pharmaceutique sont ensuite présentées et discutées. Ces statistiques couvrent les sujets suivants : emploi, traitements et salaires, valeur des livraisons des usines, actif net immobilisé et actif total, importations et exportations, propriété étrangère des entreprises, et les dépenses de recherche et développement. De plus, la tendance observée entre 1967 et 1982 pour chacune de ces statistiques y est soulignée. Font également l'objet d'un examen, les mêmes données pour les produits chimiques, l'ensemble du secteur manufacturier et toutes les industries, et ce afin de fournir un contexte dans lequel l'industrie pharmaceutique puisse être évaluée.

Dans la dernière section, ces statistiques principales décrivant la croissance et le développement de l'industrie pharmaceutique au Canada sont comparées avec des statistiques semblables de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis.

À l'objectif principal consistant à décrire la croissance et le développement d'ensemble de l'industrie pharmaceutique au Canada, s'ajoute un deuxième objectif tout aussi important : l'examen de l'effet éventuel des changements découlant de l'instauration, en 1969, du régime des licences obligatoires. Ainsi, il est de première importance de détecter tout changement de tendance survenu après 1969 qui serait conforme aux prévisions faites à cet égard.

Nombre et taille des entreprises

L'évolution du nombre d'établissements dans l'industrie pharmaceutique de 1961 à 1982 est présentée au tableau 2.1. Bien que les chiffres varient

Tableau 2.1

Nombre des établissements et valeur des livraisons dans l'industrie pharmaceutique : Canada, 1961-1982

Nombre d'employés	Année																					
	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
0 - 49																						
Nbre d'établ. #	127	118	124	124	112	113	103		93	90	92	79	81	73	73	77	71	84	87	78	72	74
*Valeur des livr. (%)	12,4	11,9	11,7	10,6	10,1	12,0	11,3	n.a.	11,6	11,9	10,9	8,0	8,0	8,3	8,8	9,7	7,9	6,6	7,8	7,9	6,6	7,4
50 - 99																						
Nbre d'établ. #	19	22	22	22	19	18	19		21	18	19	22	23	22	21	14	15	22	17	18	21	17
Valeur des livr. (%)	16,0	16,8	18,8	16,7	15,0	11,8	9,5	n.a.	10,9	9,5	9,2	10,4	11,2	11,8	11,8	9,1	10,0	12,7	11,5	11,5	11,4	11,0
100 - 199																						
Nbre d'établ. #	16	14	14	16	17	17	18		14	14	17	18	16	16	17	15	19	18	18	18	17	17
Valeur des livr. (%)	27,9	24,6	23,8	27,6	28,7	23,8	23,5	n.a.	16,2	15,6	17,8	17,2	17,0	16,3	22,3	15,3	19,2	23,6	23,4	17,4	17,8	18,3
200 - 499																						
Nbre d'établ. #	9	10	10	10	11	14	14		18	19	17	15	17	20	19	21	17	15	16	18	18	18
Valeur des livr. (%)	30,3	31,9	32,3	31,9	33,5	36,7	33,9	n.a.	42,5	43,9	40,0	37,0	39,8	44,9	41,1	45,2	40,9	31,3	34,2	39,9	39,6	42,6
500 et plus																						
Nbre d'établ. #	3	3	3	3	3	3	4		4	4	5	7	6	5	4	5	5	7	6	6	6	5
Valeur des livr. (%)	13,3	14,9	13,4	13,1	12,9	15,9	21,7	n.a.	18,9	19,3	22,1	27,3	23,9	18,8	16,1	20,7	22,0	25,8	23,0	23,3	24,5	20,6
Totaux :																						
Nbre d'établ. #	174	167	173	175	162	165	158	151	150	145	150	141	143	136	134	132	127	146	144	138	134	131
**Valeur des livr. (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Valeur des livraisons

** La valeur totale des livraisons est arrondie à 100.0 dans certains cas.

Source : Statistique Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et médicaments* (nº 46-209 au catalogue) et *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (nº 46-223 au catalogue)

considérablement d'année en année, on constate une tendance générale à la baisse en ce qui concerne le nombre total d'entreprises qui passe de 174 en 1961 à 131 en 1982.[1]

Lorsque les établissements sont classés par taille, laquelle est fonction du nombre d'employés (voir aussi tableau 2.1), il est clair que presque toute la diminution du nombre d'établissements est survenue dans les entreprises les plus petites, c'est-à-dire celles qui comptent moins de 50 employés. Le nombre de ces établissements est passé de 127 en 1961 à 74 en 1982. Par contre, les entreprises de 200 à 499 employés et 500 employés et plus ont connu une croissance substantielle. Par ailleurs, les entreprises de taille moyenne ont affiché une stabilité remarquable pendant cette période.

Le tableau 2.1 présente également des renseignements sur la valeur des livraisons enregistrée dans les entreprises de chaque catégorie de taille. Tout comme pour le nombre d'établissements, on constate une baisse marquée de la part en pourcentage des entreprises les plus petites (celles qui ont moins de 50 employés), de 12,4 pour cent en 1961 à 7,4 pour cent en 1982. Cependant, la baisse dans cette catégorie n'est pas plus importante que celle qu'ont connue les entreprises de taille moyenne ayant de 50 à 99 employés et de 100 à 199 employés. Les deux catégories de taille les plus importantes ont connu une augmentation considérable de leur part en pourcentage de la valeur des livraisons. Pour les entreprises de 200 à 499 employés, on constate une augmentation de 30,3 à 42,6 pour cent; pour les entreprises de plus de 500 employés, ce pourcentage passe de 13,3 à 20,6 pour cent.

La concurrence du marché pousse généralement les entreprises à utiliser et ultimement à construire des établissements dont la taille serait la plus rentable. Comme ce genre de pression est censé exister dans l'industrie pharmaceutique (voir chapitre 4), les données sur la distribution des entreprises par taille sont conformes au principe selon lequel les entreprises plus grandes sont en train de prouver leur efficacité relative par rapport aux entreprises plus petites.

Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments : spécialisation

Le tableau 2.2 présente des données sur la tendance des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments au Canada provenant de toutes les industries. Ces données tiennent compte non seulement des livraisons de

[1] Les données du type présenté au tableau 2.1 sont sujettes à certaines fluctuations causées par deux facteurs distincts. Le premier est le mouvement de va-et-vient des entreprises d'une catégorie à l'autre. Le deuxième est le mouvement possible des entreprises dans l'industrie même. Ce dernier élément se rapporte à la façon dont Statistique Canada classe une entreprise ou un établissement dans une catégorie industrielle particulière; cela se fait en tenant compte des produits fabriqués par l'entreprise au cours de l'année et qui se taillent le pourcentage le plus élevé du rendement global de l'entreprise. Des données détaillées sur la sortie et l'entrée d'entreprises de différentes tailles dans l'industrie pharmaceutique sont fournies aux tableaux A2.1 et A2.2 de l'annexe.

Tableau 2.2

Livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments par toutes les industries. Comprend les livraisons des établissements classés dans d'autres industries : Canada, 1967-1982

Année	Livraisons de prod. pharm. et de méd. de toutes les industries		Toutes livraisons des fabricants de prod. pharm. et de médicaments	
	(miliers $)	Indice	(milliers $)	Indice
1982	1 436 739	494,2	1 456 453	492,7
1981	1 319 309	453,8	1 327 421	449,1
1980	1 080 952	371,9	1 144 271	387,1
1979	938 365	322,8	1 030 201	348,5
1978	818 584	281,6	910 481	308,0
1977	685 558	235,8	758 415	256,6
1976	642 087	220,9	698 789	236,4
1975	600 033	206,4	654 447	221,4
1974	534 741	183,9	579 840	196,1
1973	500 638	172,2	518 811	175,5
1972	442 068	152,1	463 176	156,7
1971	405 289	139,4	414 061	140,1
1970	368 760	126,9	386 727	130,8
1969	346 058	119,1	356 585	120,6
1968	313 785	107,9	325 611	110,2
1967	290 678	100,0	295 640	100,0

Source : Statistique Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* (nº 46-209 au catalogue), et *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (nº 46-223 au catalogue)

produits pharmaceutiques à partir des établissements qui sont classés comme fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, mais également des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments de toutes les autres industries dont les établissements sont classés dans un autre groupe d'industries. On trouve également au tableau 2.2 des données sur la valeur des livraisons de tous les produits classés comme produits pharmaceutiques et médicaments.

Part de l'industrie pharmaceutique

Les établissements classés comme fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments ont fait des expéditions totalisant 1 456 milliards de dollars en 1982. De ce montant, 1 333 milliards de dollars environ correspondaient en fait à des produits pharmaceutiques et des médicaments. Selon la Classification des produits industriels, ces produits et médicaments comprennent des compléments alimentaires pour animaux et des produits pharmaceutiques et des médicaments pour animaux ainsi que des produits pharmaceutiques et des médicaments à l'usage des personnes. Ce 1 333 milliard de dollars représentait

92,8 pour cent de la valeur des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments produits par toutes les industries au Canada, c'est-à-dire la «part» de cette industrie.

Les établissements classés comme fabricants d'articles de toilette ont produit juste un peu plus que 2 pour cent ou l'équivalent de 29,2 millions de dollars de livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments. Cette somme représentait 4,5 pour cent de la valeur totale de toutes les livraisons faites par les fabricants d'articles de toilette. Étant donné qu'il s'agit de la principale industrie, autre que les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, ayant produit des produits pharmaceutiques et des médicaments au cours des deux dernières décennies, des données sur sa productivité sont présentées au tableau A2.3 de l'annexe.

En plus des fabricants d'articles de toilette, quelque sept autres catégories de fabricants représentent ensemble environ 5,2 pour cent de la valeur totale des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments. Il s'agit des fabricants d'aliments pour animaux, des fabricants de produits de confiserie, des fabricants d'aliments n.d.a., des fabricants de produits plastiques n.d.a., des fabricants de produits chimiques divers, des fabricants d'instruments, de produits connexes, et des fabricants de balais, de brosses et de vadrouilles.

Il est intéressant de constater que les totaux absolus présentés au tableau 2.2 se ressemblent assez d'une année à l'autre. Ainsi, la valeur totale des marchandises autres que les produits pharmaceutiques et les médicaments fabriqués par des établissements classés comme fabricants de ces articles est à peu près neutralisée par la valeur des produits pharmaceutiques et des médicaments fabriqués par des établissements qui sont classés dans une autre industrie. En outre, il semblerait que ces chiffres valent pour la période entière parce que la croissance, comme l'indiquent les indices, est approximativement la même pour les deux quantités.

Taux de spécialisation

Les grandes catégories de produits fabriqués par les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments sont présentées au tableau 2.3. La catégorie des produits principaux, soit les produits pharmaceutiques et les médicaments destinés à l'usage des personnes, représentait 90 pour cent de la valeur des livraisons en 1982; les compléments alimentaires pour animaux, etc. 0,7 pour cent et les médicaments vétérinaires 2,7 pour cent. Ainsi, tous ces produits pharmaceutiques et médicaments représentaient 93,6 pour cent de la valeur totale des livraisons. Ce chiffre est le «taux de spécialisation» qui indique la mesure dans laquelle les produits principaux de la catégorie industrielle sont produits par des entreprises de cette catégorie. Tous les autres produits, y compris les articles de toilette, les autres fournitures médicales, les produits ophtalmiques, les appareils orthopédiques et tous les autres produits correspondaient aux 6,4 pour cent qui restent.

Tableau 2.3

Valeur en pourcentage des livraisons par fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, selon les catégories de produits : Canada, 1966-1982

	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Total des produits pharmaceutiques et médicaments :	90,0	90,0	89,5	89,5	87,9	88,0	87,2	86,1	87,8	86,9	90,3	89,6	89,5	90,3	89,7	94,6	93,6
Produits et médicaments pharmaceutiques pour consommation humaine	83,4	83,4	83,6	84,1	82,3	82,2	81.1	79,7	80,5	81,8	84,2	84,2	84,3	84,1	85,0	90,8	90,2
Compl. d'aliments, etc.	2,4	2,5	2,4	2,1	2,6	2,8	2,3	2,1	2,3	1,8	2,4	1,8	2,0	2,4	0,7	0,5	0,7
Médec. vétérinaires	4,2	4,1	3,5	3,3	3,0	3,0	3,8	4,3	5,0	3,3	3,7	3,6	3,2	3,8	4,0	3,3	2,7
Autres produits, y compris produits de toilette et autres fournitures médicales	10,1	10,0	10,5	10,5	12,3	12,0	13,1	13,9	12,2	13,1	9,8	10,3	10,5	9,7	10,3	5,4	6,4
TOTAL	100,1	100,0	100,0	100,0	100,2	100,0	100,3	100,0	100,0	100,0	100,1	99,9	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Statistique Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* (nº 46-209 au catalogue) et *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (nº 46-223 au catalogue)

La situation en 1982 est semblable à celle de 1966.[2] À cette époque, les produits pharmaceutiques et les médicaments destinés à l'usage des personnes représentaient 83,4 pour cent des livraisons, les compléments alimentaires pour animaux 2,4 pour cent, les médicaments vétérinaires 4,2 pour cent et les autres produits 10,1 pour cent. Le taux de spécialisation du total des produits pharmaceutiques et des médicaments a donc augmenté au cours de cette période. Il a d'abord baissé à 86,1 pour cent en 1973 avant d'atteindre son sommet actuel.

Emploi, traitements et salaires, valeur des livraisons

Le graphique 2.1 présente la tendance actuelle de l'emploi, des traitements et salaires, et des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments dans l'ensemble du secteur manufacturier.

Les produits pharmaceutiques et les médicaments sont caractérisés par une croissance assez marquée entre 1967 et 1972. Cependant, après 1972, la tendance est à la baisse en ce qui concerne la valeur des livraisons et la somme des traitements et des salaires. Tout en étant encore à la hausse en ce qui concerne l'emploi, elle connaît une légère baisse par rapport aux cinq premières années de l'ensemble de la période.

Les tendances de l'emploi et des traitements et salaires indiquent probablement plus clairement une croissance relative que ne le fait la tendance de la valeur des livraisons. Cela s'explique par les tendances nettement différentes des prix des produits pharmaceutiques et des médicaments comparés à d'autres produits (voir à ce sujet le chapitre 6). Les changements des prix des produits pharmaceutiques et des médicaments pendant presque toute la période en cause étaient sensiblement moins accentués que ceux de tous les autres produits. Par conséquent, la tendance de la valeur des livraisons est un mélange des changements de la croissance réelle et des écarts des changements de prix.

Comme l'indique le tableau 2.4, le nombre d'employés dans l'industrie pharmaceutique est passé de 12 199 en 1967 à 15 507 en 1982, soit une augmentation de 28,8 pour cent. Par opposition, le taux de croissance de l'emploi dans tout le secteur manufacturier pendant la même période n'était que de 3,4 pour cent. Parallèlement, il faudrait souligner que la récession du début des années 1980 était plus perceptible dans presque tout le secteur manufacturier que dans l'industrie pharmaceutique.

---

[2] L'annexe présente des données détaillées sur la distribution en pourcentage des produits fabriqués par les établissements classés comme étant des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments : le tableau A2.4 pour la période allant de 1966 à 1971 et le tableau A2.7 pour la période allant de 1972 à 1982. Le pourcentage de la valeur des livraisons représenté par les médicaments vétérinaires semble avoir baissé légèrement depuis 1966, passant d'un peu plus de 4 pour cent à près de 3 pour cent.

Graphique 2.1

L'industrie des produits pharmaceutiques par rapport à l'ensemble des industries manufacturières; pourcentage du total de l'emploi, des salaires et de la valeur des livraisons : Canada, 1967-1982

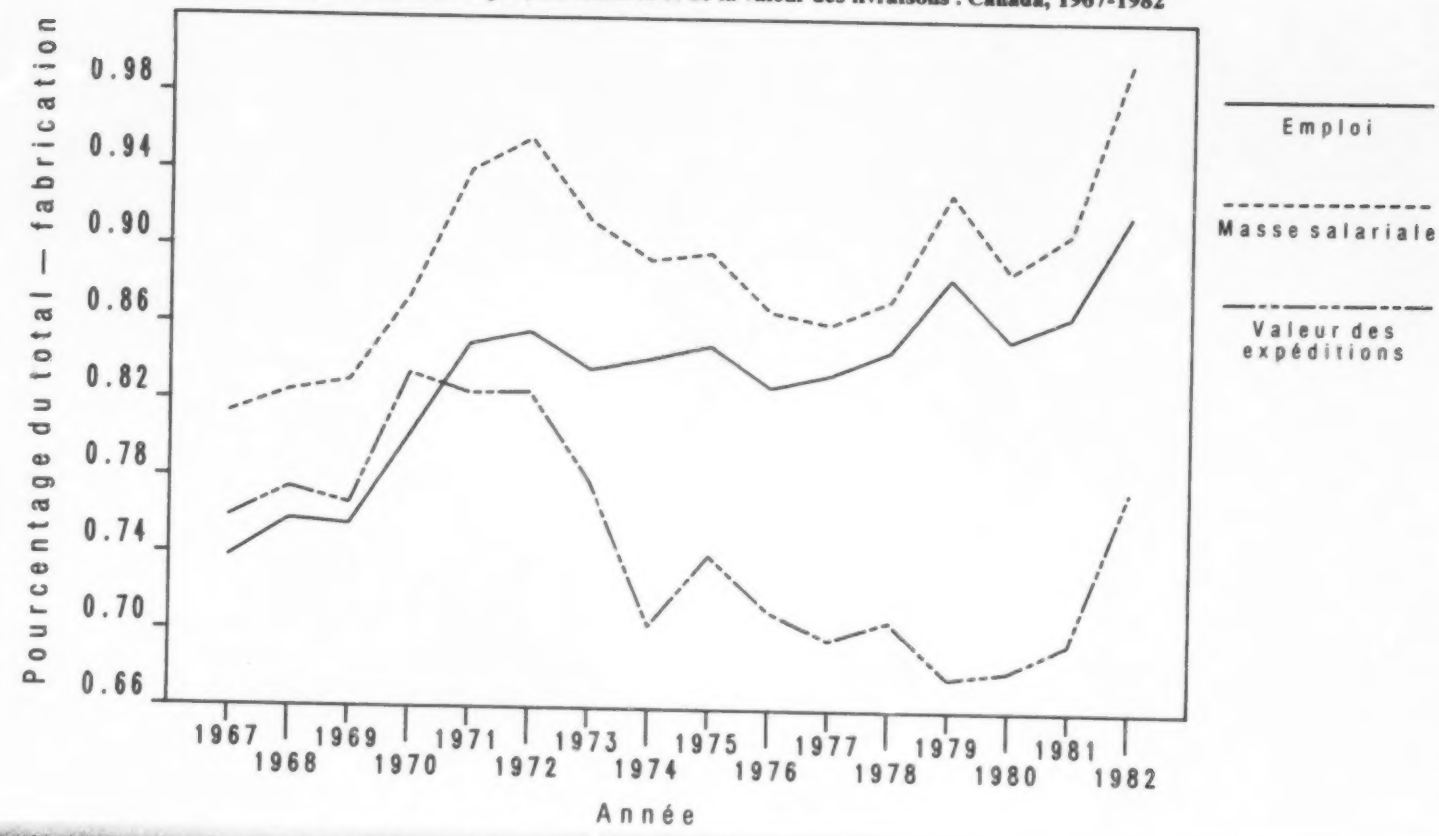


Tableau 2.4

Emploi, salaires et valeur des livraisons, selon les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments et selon l'ensemble de la fabrication : Canada, années choisies, 1967-1982

	1967	1972	1977	1982
Emploi :				
Produits pharmaceutiques et médicaments	12 199	14 345	14 231	15 707
Indice	100,00	117,60	116,70	128,70
Ens. de la fabrication	1 652 827	1 676 130	1 704 583	1 708 850
Indice	100,00	101,40	103,10	103,40
Ratio*	,74	,86	,84	,92
Salaires :				
Produits pharmaceutiques et médicaments	75 257	128 313	203 162	377 834
Indice	100,00	170,50	346,40	644,20
Ens. de la fabrication	9 254 190	13 414 609	23 595 238	37 695 397
Indice	100,00	144,90	254,90	407,30
Ratio*	,81	,96	,86	1,00
Livraisons :				
Produits pharmaceutiques et médicaments	295 640	463 176	758 415	1 456 453
Indice	100,00	156,70	256,50	492,60
Ens. de la fabrication	38 955	56 191	108 882	187 933
Indice	100,00	144,20	279,50	482,40
Ratio*	,76	,82	,70	,78

* Ratio fabricants de produits pharmaceutiques ensemble de la fabrication

Source : Statistiques Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* et *Industries manufacturières du Canada : Niveaux national et provincial* (n° 31-203 au catalogue) et (n° 46-209 au catalogue)

Il ressort des renseignements présentés au graphique 2.1 que la tendance a pu connaître une rupture au début des années 1970. Bien que cette rupture puisse être attribuée à l'effet de l'instauration du régime des licences obligatoires en 1969, les raisons de tout changement sont moins claires. Les employés affectés à la production auraient commencé à passer des entreprises titulaires de brevets aux entreprises de produits génériques et ces dernières ont pu s'avérer plus efficaces. En outre, l'importance croissante de la concurrence par les prix a pu amoindrir l'importance des employés chargés de la promotion des ventes et donc contribuer à réduire leur nombre. En ce qui concerne la valeur des livraisons, un effet escompté de l'instauration du régime des licences obligatoires a été une réduction des prix. Si les prix avaient commencé à baisser, une pression directe à la baisse sur la valeur des livraison aurait été également exercée. Les changements de tendances susmentionnés sont donc conformes à l'effet prévu de l'instauration du régime des licences obligatoires.

Produit intérieur brut réel

Avec les données sur le produit intérieur brut réel résumées au graphique 2.2, il est possible de comprendre les écarts de prix des produits pharmaceutiques et des médicaments par rapport à tous les produits de fabrication. Il s'ensuit que la croissance réelle de l'industrie pharmaceutique, qui a ajusté la valeur de productivité pour tenir compte des changements de prix, est nettement différente de l'image que nous donnent les comparaisons en dollars courants de la valeur des livraisons présentées au graphique 2.1. Il est clair que la valeur réelle de la productivité de l'industrie pharmaceutique a augmenté bien plus rapidement que l'ensemble de l'économie.

En effet, l'augmentation de 145,9 à 340 millions de dollars, en dollars constants de 1971 comme l'indique le tableau 2.5, représente une augmentation globale de 133 pour cent. Les résultats comparables de la productivité réelle du secteur de produits chimiques sont de 81,9 pour cent pour cette période, de 44,5 pour cent pour tous les produits de fabrication et de 69,1 pour cent pour toutes les industries.

Un examen de la tendance du produit intérieur brut réel pour les produits pharmaceutiques et les médicaments révèle une croissance constante jusqu'en 1974, un léger déclin, et ensuite une reprise. En général, l'accroissement du produit intérieur brut réel de l'industrie pharmaceutique est nettement satisfaisant au cours de la période entière.

Actif net immobilisé et actif total

D'autres statistiques principales décrivant la croissance et le développement de l'industrie pharmaceutique au Canada portent sur l'actif net immobilisé et l'actif total. Des données détaillées sur l'actif net et immobilisé sont présentées au tableau 2.6 et au graphique 2.3.

Tableau 2.5

Produit intérieur brut réel (en dollars constants de 1971) des fabricants de produits pharmaceutiques et de la médicaments et pour l'ensemble de la fabrication : Canada, années choisies, 1967-1982

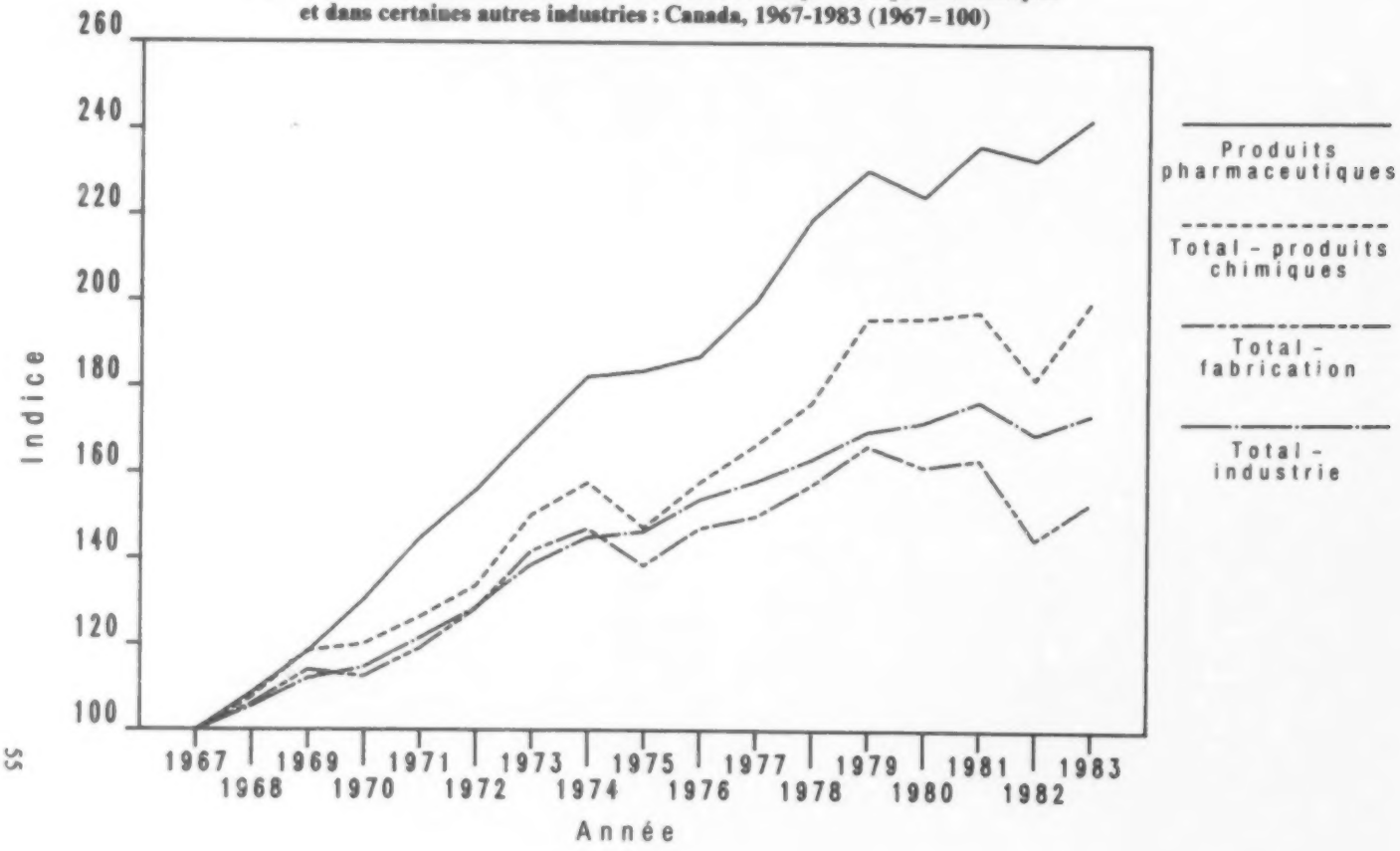
	1967	1972	1977	1982
Produits pharmaceutiqes et médicaments ($M)	145,90	227,60	291,90	340,00
Indice	100,00	156,00	200,10	233,00
Ensemble de la fabrication ($M)	15 984,5	20 516,3	23 968,8	23 103,4
Indice	100,00	128,40	150,00	144,50
Ratio*	0,91	1,11	1,22	1,47

* Ratio fabricants de produits pharmaceutiques ensemble de la fabrication

Source : Statistique Canada, *Produit intérieur brut par industrie* (nº 61-213 au catalogue)

Graphique 2.2

Indice du produit intérieur brut réel dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, 1967-1983 (1967=100)



ss

Tableau 2.6

Immobilisations nettes et actif total des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments et de l'ensemble de la fabrication, Canada : années choisies, 1967-1982

	1967	1972	1977	1982
Immobilisations nettes:				
Produits pharm. et médicaments ($M)	71,70	131,30	181,10	327,60
Indice	100,00	183,10	252,60	442,00
Ens. de la fabrication ($M)	14 332,20	20 672,80	34 734,30	64 027,40
Indice	100,00	144,90	243,30	448,50
Ratio*	,50	,64	,52	,51
Actif total:				
Produits pharm. et médicaments ($M)	255,60	421,10	736,60	1 302,80
Indice	100,00	164,70	288,20	509,70
Ens. de la fabrication ($M)	37 749,20	53 346,00	96 020,10	170 168,50
Indice	100,00	141,30	254,40	450,80
Ratio*	,68	,79	,77	,77

* Ratio fabricants de produits pharmaceutique et de médicaments ensemble de la fabrication

Source : Statistique Canada, *Statistique financière des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Pour l'industrie pharmaceutique, l'actif net immobilisé est passé de 71,7 millions de dollars en 1967 à 327 millions de dollars en 1982. Cet accroissement représente une augmentation de 342 pour cent, comparativement à l'accroissement de 348 7 pour cent de tout le secteur manufacturier. La croissance plus lente de l'industrie pharmaceutique est indiquée clairement au graphique 2.3.

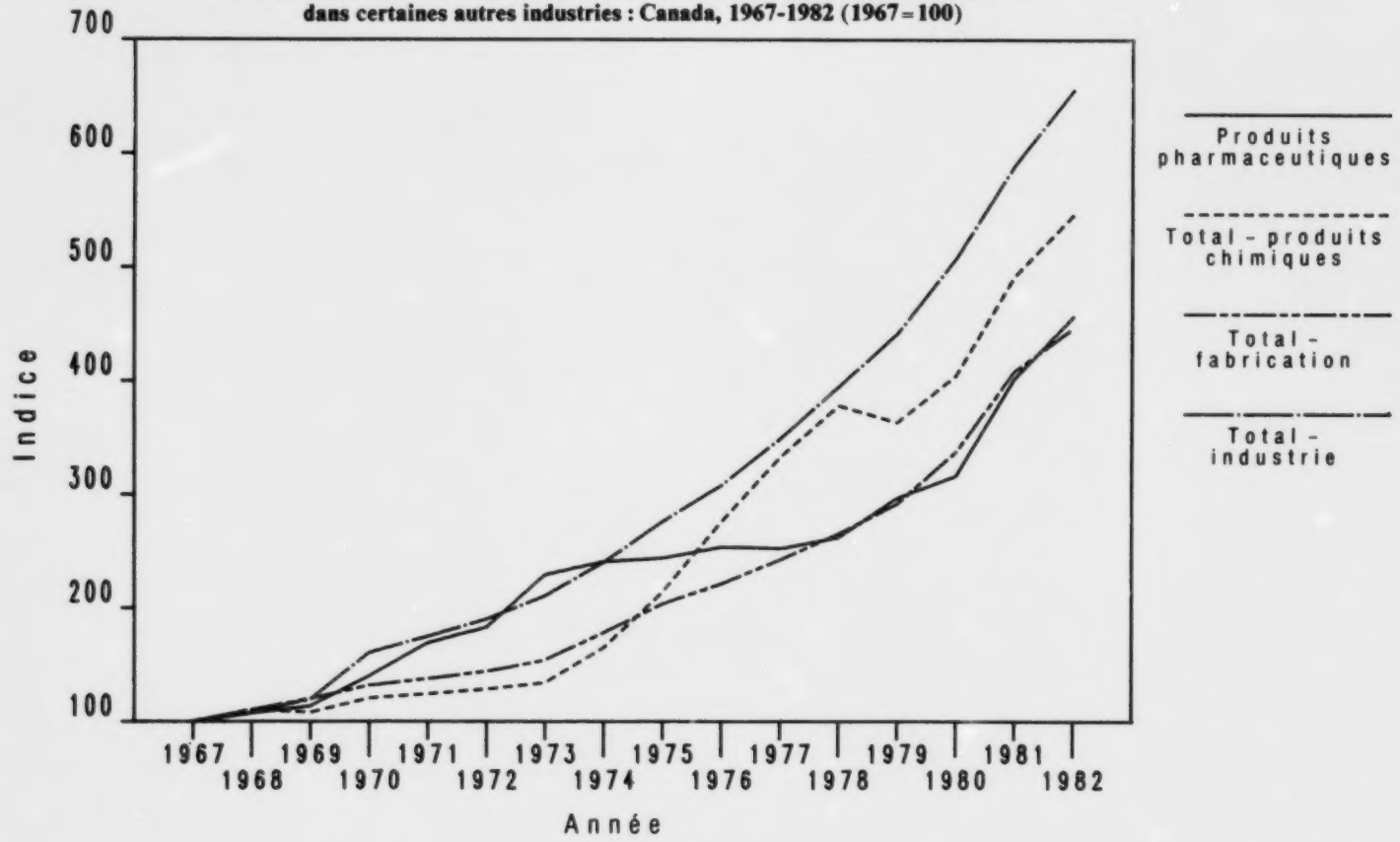
Il ne ressort guère de l'examen du graphique 2.3 que la tendance à l'accroissement de l'actif net immobilisé dans l'industrie pharmaceutique connaît une rupture causée par l'instauration du régime des licences obligatoires en 1969. Le taux de croissance semble ralentir après 1973, mais connaît une hausse après 1978 et une autre après 1980.

En ce qui concerne l'actif total, il est passé de 255,6 millions de dollars en 1967 à 1,3 milliards de dollars en 1982, comme l'indique le tableau 2.6, soit une augmentation de 410 pour cent pour l'industrie pharmaceutique. Cette croissance peut être comparée à la croissance de 351 pour cent pour tout le secteur manufacturier.

La tendance générale à l'accroissement de l'actif total pour les produits pharmaceutiques, les produits chimiques, tout le secteur manufacturier et toutes les industries, exposée au graphique 2.4, indique, pour les produits

Graphique 2.3

Indice de l'actif immobilisé net dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, 1967-1982 (1967=100)



pharmaceutiques et les médicaments, un taux de croissance semblable à celui des autres catégories d'industries. Cette tendance ne connaît pas de rupture dans le secteur des produits pharmaceutiques qui serait causée par l'instauration du régime des licences obligatoires en 1969.

Importations et exportations

Des données détaillées sur les importations et les exportations et le rapport de chacun de ces deux facteurs avec la valeur totale des livraisons sont présentés au graphique 2.5 et résumés au tableau 2.7. Il ressort clairement à la lecture du graphique 2.5 que le rapport importations-valeurs des livraisons progresse assez régulièrement depuis 1967. Au cours de cette année, comme l'indique le tableau 2.7, les importations représentaient 17,5 pour cent de la valeur des livraisons, par opposition à 30,3 pour cent en 1982.

Compte tenu que la presque totalité des ingrédients actifs utilisés par toutes les entreprises pharmaceutiques au Canada ont été et sont produits ailleurs, leur valeur à l'importation est fortement affectée par les taux de change internationaux, particulièrement par le dollar américain. Une grande part de la valeur accrue des importations au cours de cette période pourrait bien ne refléter que l'effet combiné d'un volume réel accru associé à une croissance générale du marché des produits pharmaceutiques et des médecines, d'une part, et de la baisse de la valeur du dollar canadien par rapport à la devise américaine au cours des quelque dix dernières années, d'autre part.

Il semble y avoir aussi, au cours de cette période, un certain accroissement des exportations en pourcentage de la valeur totale des livraisons. Le volume

Tableau 2.7

Importations, exportations et ratios par rapport à la valeur des livraisons de produits pharmaceutiques et de médicaments : Canada, années choisies, 1967-1982

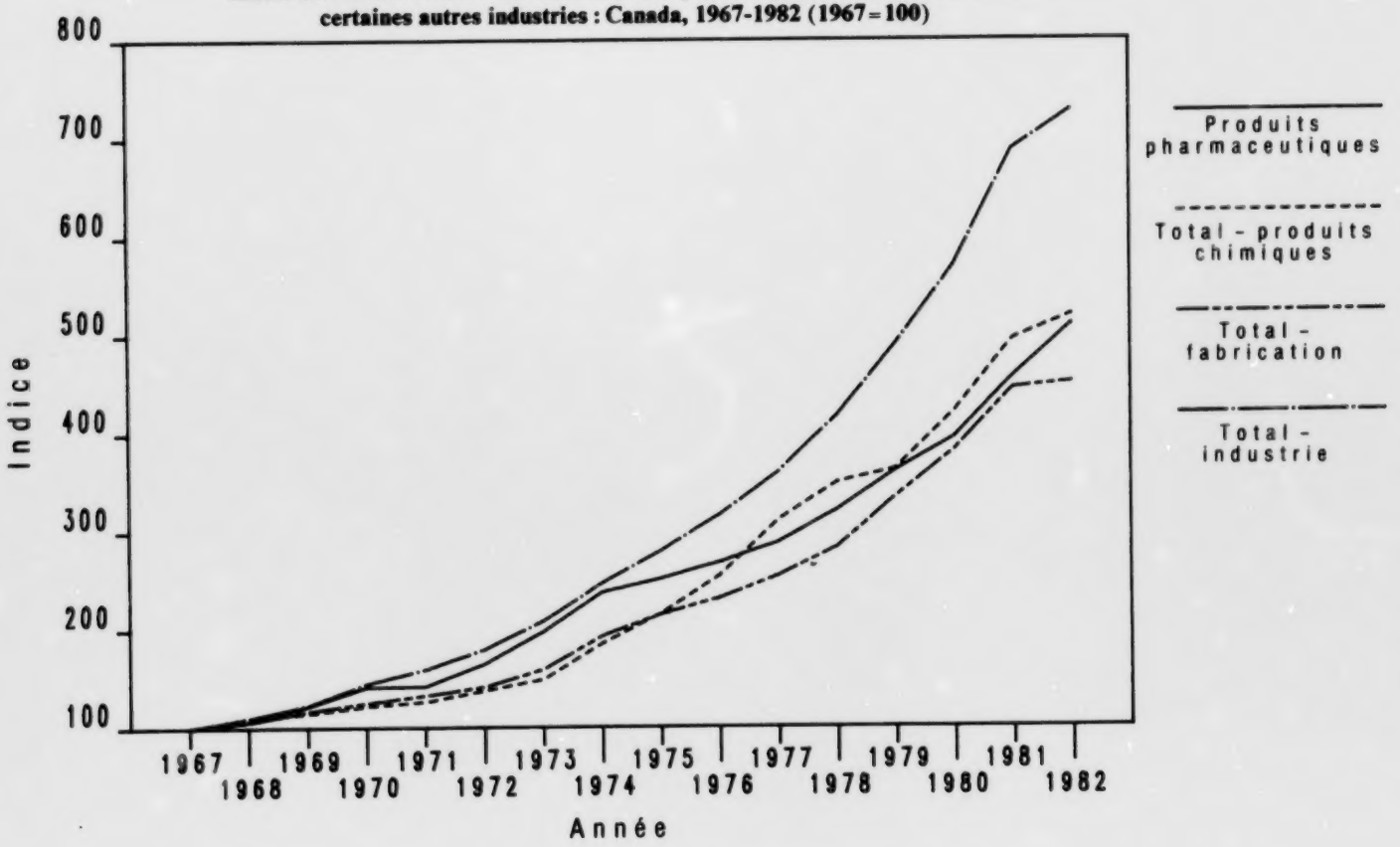
	1967	1972	1977	1982
Importations (milliers de $)	$ 51 837	$ 94 472	$244 319	$440 779
Indice	100,00	182,20	432,70	850,30
Ratio*	17,50	20,40	29,60	30,30
Exportations (milliers de $)	$ 17 579	$ 29 322	$ 64 590	$118 180
Indice	100,00	166,80	367,40	672,30
Ratio**	5,90	6,30	8,50	8,10
Ratio: importations/exportation	3,00	3,20	3,50	3,70

* Ratio d'importations par rapport à la valeur des livraisons
** Ratio d'exportations par rapport à la valeur des livraisons

Source : Statistique Canada, *Sommaire du commerce extérieur* (n° 65-001 au catalogue)

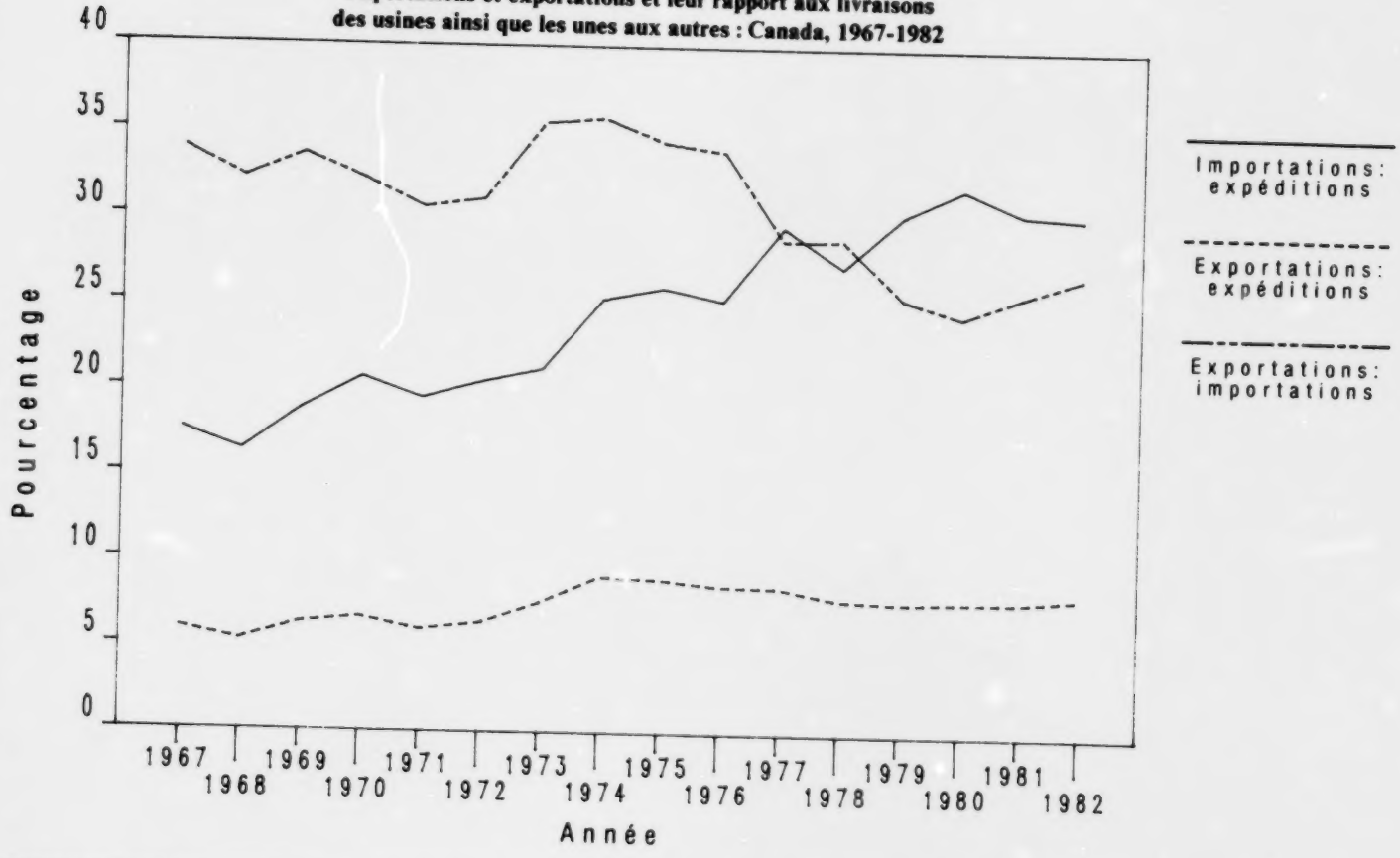
Graphique 2.4

Indice du total de l'actif dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, 1967-1982 (1967=100)



Graphique 2.5

Rapports du commerce dans l'industrie des produits pharmaceutiques— Importations et exportations et leur rapport aux livraisons des usines ainsi que les unes aux autres : Canada, 1967-1982



relatif des exportations s'est accru nettement de 1971 à 1974, mais depuis 1974, il suit une tendance à la baisse. Cependant, si les exportations représentaient 5,9 pour cent de la valeur des livraisons en 1967, par contre elles représentaient 8,1 pour cent en 1982.

Le graphique 2.5 nous présente aussi des données sur le rapport exportations-importations. Il est difficile de discerner un changement quelconque dans cette tendance qui découlerait de l'instauration en 1969 du régime des licences obligatoires. Le même résultat semble se dégager de la lecture des tendances des rapports importations et exportations-valeurs des livraisons. Cela pourrait bien être la conséquence de rapports assez semblables importations-valeurs des livraisons, autant pour les entreprises titulaires de brevets que pour les entreprises de produits génériques.

Entreprises étrangères

La part des entreprises étrangères dans l'industrie pharmaceutique,[3] telle qu'établie par Statistique Canada, est décrite en détail aux tableaux A2.6 et A2.7 de l'annexe, et résumée aux graphiques 2.6 à 2.11. Comme l'indique le graphique 2.6, environ 60 pour cent de toutes les entreprises de l'industrie pharmaceutique appartiennent à des intérêts canadiens. Par ailleurs, ces mêmes entreprises emploient moins de 20 pour cent de la main-d'oeuvre globale de l'industrie pharmaceutique, comme l'indique le graphique 2.7, et elles représentent moins de 16 pour cent de la valeur des livraisons, comme l'indique le graphique 2.8. Parallèlement, il semble que la part des entreprises canadiennes en ce qui concerne la valeur des livraisons (et la valeur ajoutée) au cours des dix années depuis 1970, se soit accrue, bien que faiblement.

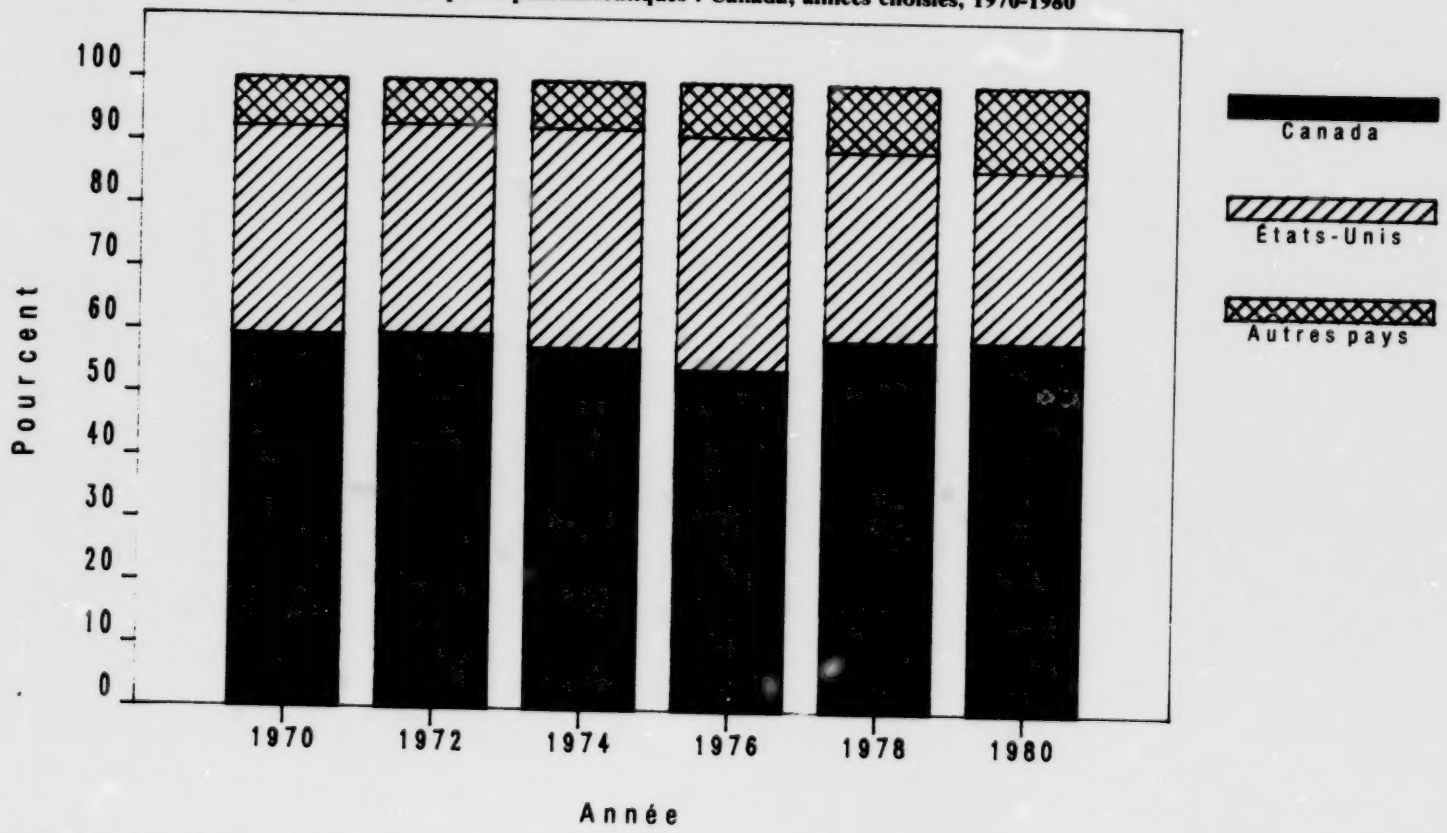
Le graphique 2.9 présente le pourcentage de la main-d'oeuvre totale dans les entreprises canadiennes de l'industrie pharmaceutique et du secteur des articles de toilette, du secteur des produits chimiques et de tout le secteur manufacturier. Il ressort clairement que la part de la main-d'oeuvre dans les entreprises canadiennes est plus élevée pour tout le secteur manufacturier que dans les trois catégories d'industries indiquées. En outre, cette part ne cesse de s'accroître. Tout le secteur des produits chimiques affiche une progression similaire en part de pourcentage, quoique beaucoup moins marquée. Par contraste, la part de la main-d'oeuvre engagée dans le secteur des produits pharmaceutiques décroît lentement.

Des données sur le nombre d'employés par établissement pour les produits pharmaceutiques et les médicaments sont présentées au graphique 2.10. La taille des entreprises canadiennes est nettement plus petite que celle des

[3] Statistique Canada établi la part des entreprises étrangères en examinant la répartition des actions avec droit de vote des compagnies. Il est intéressant de constater que les données recueillies par IMS Canada sur la répartition de la productivité par entreprise semblent indiquer une part plus élevée d'entreprises étrangères que celles de Statistique Canada.

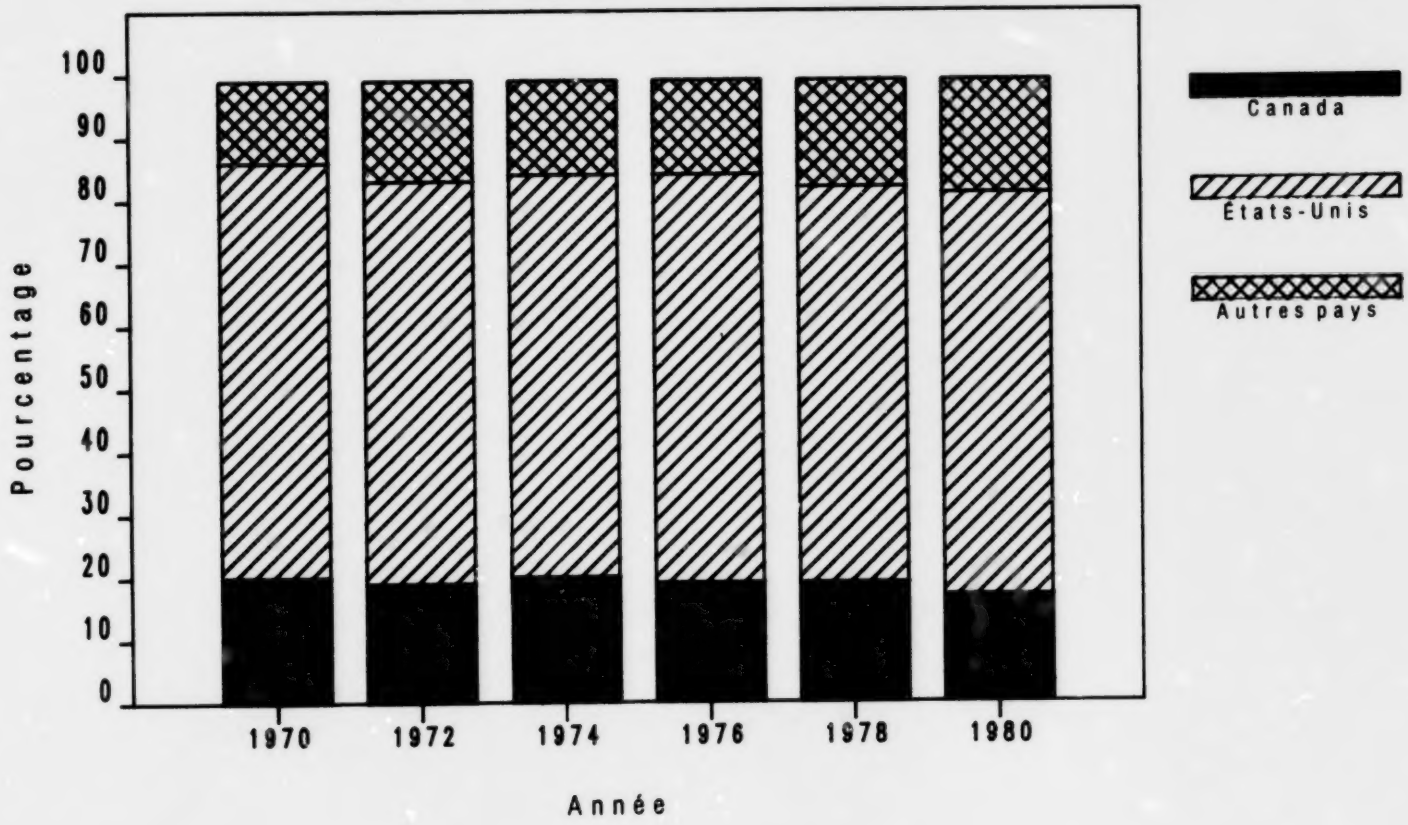
Graphique 2.6

Propriété des entreprises pharmaceutiques : Canada, années choisies, 1970-1980



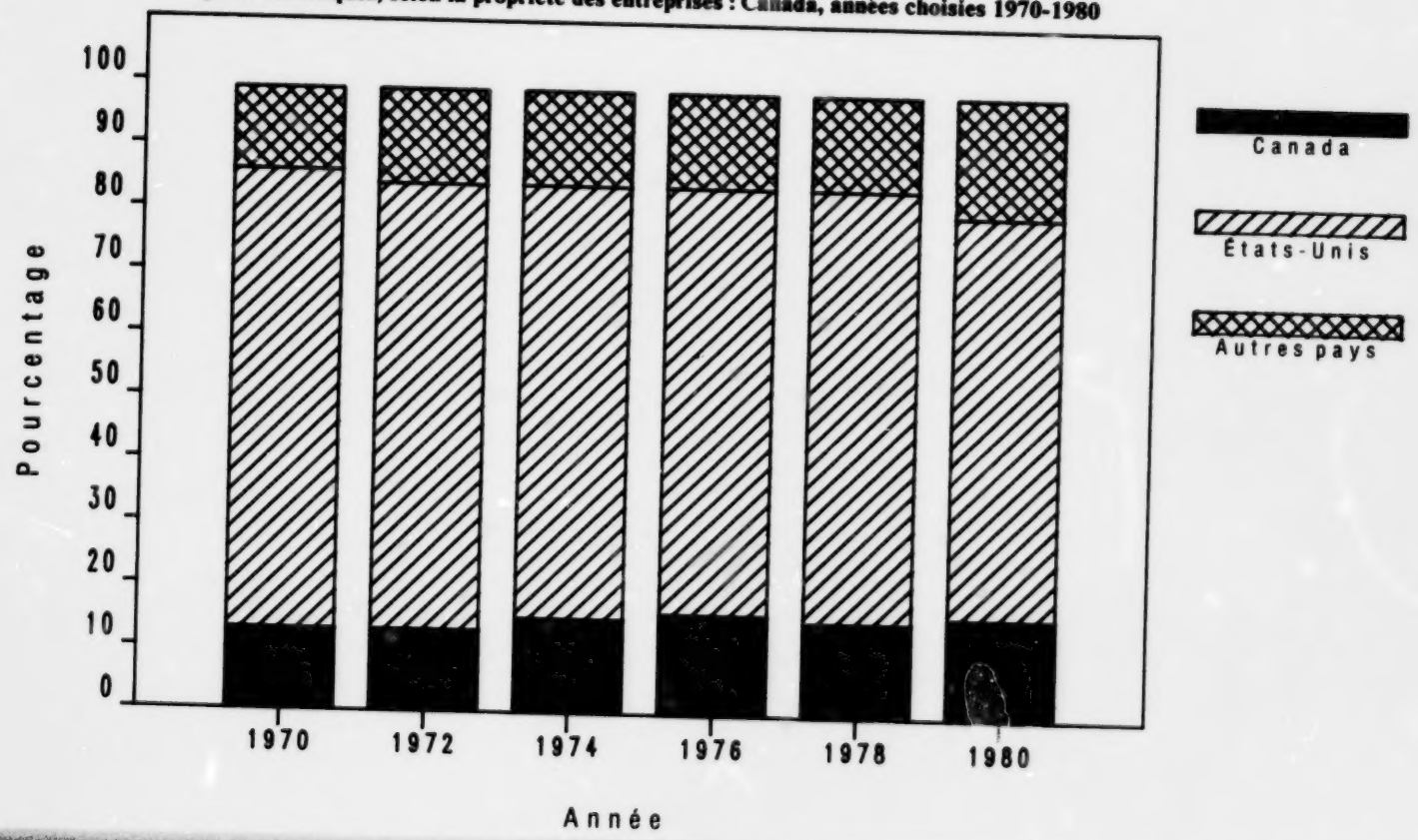
Graphique 2.7

Proportion du total de l'emploi dans l'industrie des produits pharmaceutiques selon la propriété des entreprises : Canada, années choisies 1970-1980



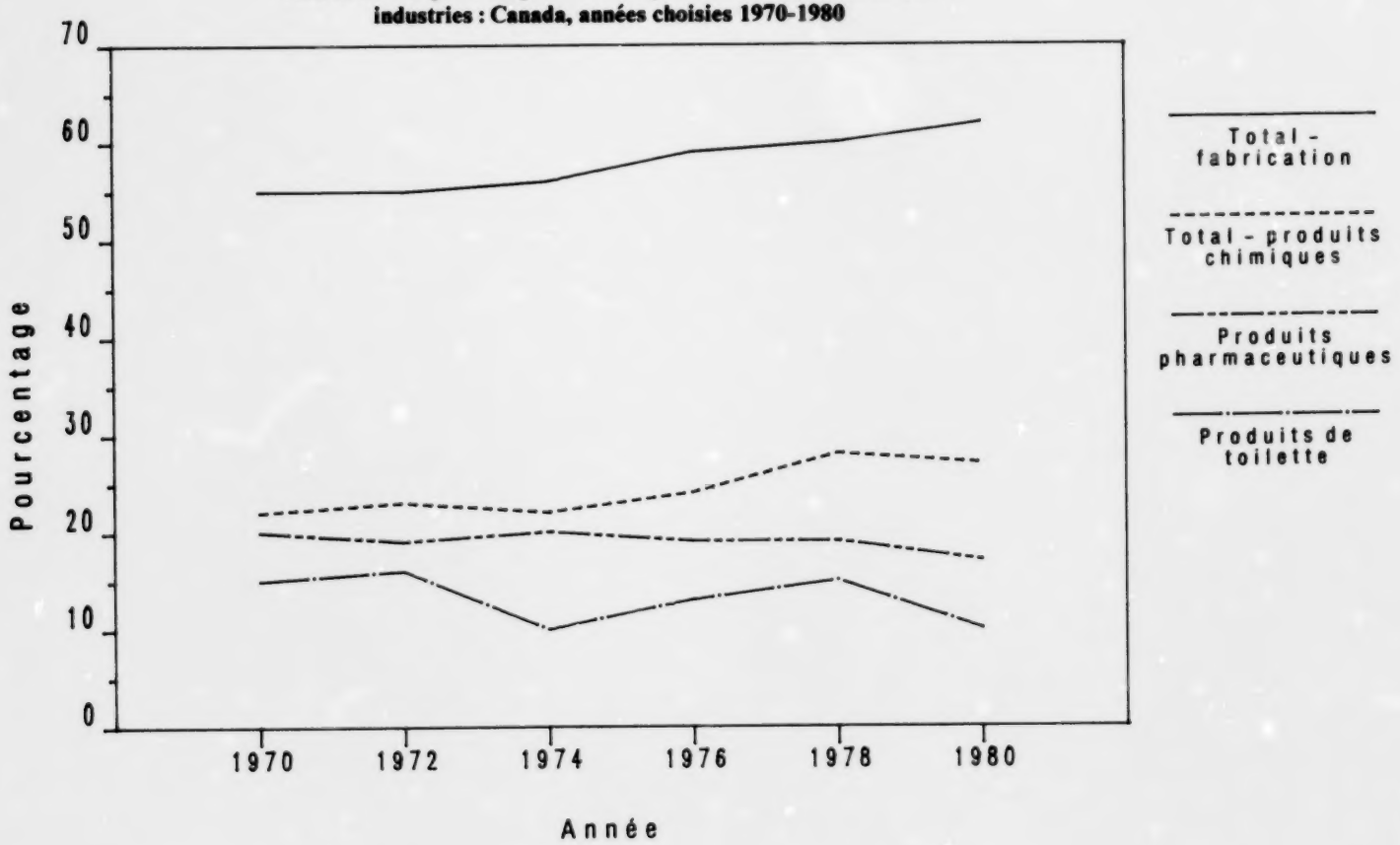
Graphique 2.8

Proportion de la valeur des livraisons des usines dans l'industrie des produits pharmaceutiques, selon la propriété des entreprises : Canada, années choisies 1970-1980



Graphique 2.9

Proportion de l'emploi dans les entreprises appartenant à des Canadiens dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, années choisies 1970-1980



entreprises étrangères. En 1980 par exemple, le nombre moyen d'employés dans les établissements étrangers était de 211, contre 36 dans les établissements canadiens. En outre, le rapport entre le nombre d'employés par établissement dans les entreprises canadiennes et le nombre d'employés par établissement dans toutes les entreprises étrangères (y compris les entreprises américaines et d'ailleurs) diminue sans cesse depuis quatre ans. La taille relativement petite des entreprises pharmaceutiques canadiennes n'est pas sans rappeler la situation pour l'ensemble du secteur manufacturier (comme l'indiquent les données détaillées du tableau A2.7). En ce qui concerne tout le secteur manufacturier, le nombre d'employés par établissement dans les entreprises canadiennes ne représente que 20 pour cent du niveau des entreprises étrangères.

Les données sur la valeur ajoutée par établissement, comme l'indique le tableau A2.7 de l'annexe, montrent également que les entreprises canadiennes sont relativement petites. La valeur ajoutée, par établissement, des entreprises canadiennes était de 1,4 millions de dollars en 1980. Cela équivalait à un peu plus de 12 pour cent des 11,1 millions de dollars de valeur ajoutée par établissement des entreprises étrangères. Pour tout le secteur manufacturier en 1980, cette proportion était de 14,7 pour cent. Ainsi, les entreprises pharmaceutiques canadiennes sont considérées comme étant relativement un peu plus petites si on les compare à toutes les entreprises étrangères plutôt qu'à tout le secteur manufacturier.

La valeur ajoutée par employé, également indiquée au tableau A2.7, est résumée au graphique 2.11. La valeur ajoutée par employé dans les entreprises canadiennes s'accroît pendant la période de dix ans. Cependant, fait plus important, elle augmente par comparaison à celle de toutes les entreprises étrangères. En 1970, la valeur ajoutée par employé dans les entreprises canadiennes s'établissait à environ 56 pour cent de celle des entreprises étrangères. En 1980, elle avait atteint 73 pour cent. Ce niveau est semblable aux données correspondantes pour tout le secteur manufacturier. Au cours de cette période, la valeur ajoutée par employé dans les entreprises canadiennes pour tout le secteur manufacturier a été d'environ 72 pour cent de la valeur ajoutée par employé dans les entreprises étrangères.

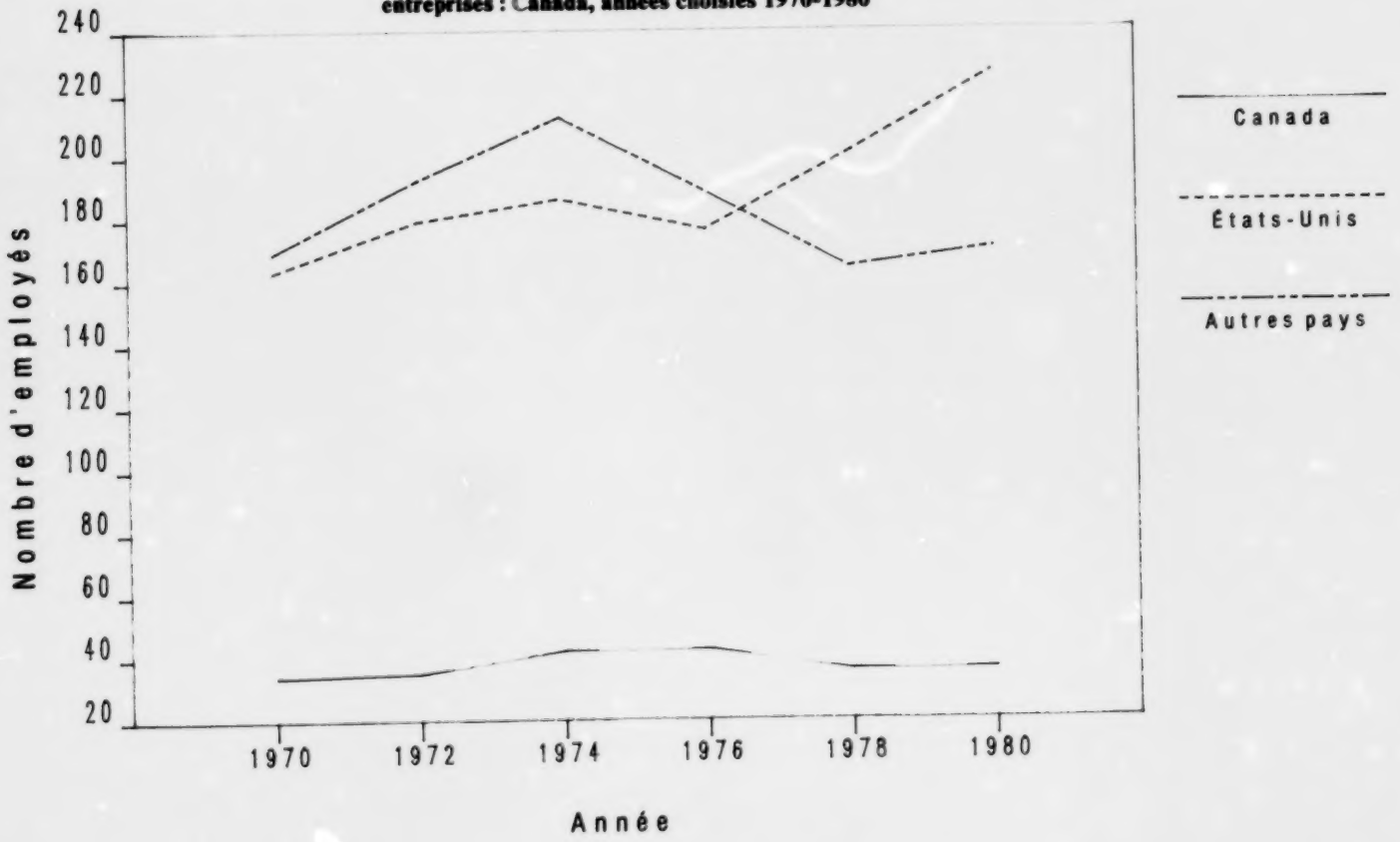
Dépenses de recherche et de développement

Le niveau des dépenses intra-muros de recherche et de développement est une autre caractéristique importante de l'industrie pharmaceutique au Canada. Des données sur les dépenses totales intra-muros, définies comme étant la somme des dépenses courantes plus les dépenses de capital en recherche et développement,[4] sont indiquées au tableau 2.8 et résumées au graphique 2.12.

[4] Les données de Statistique Canada sur les dépenses de recherche et développement pour des industries particulières sont regroupées en fonction des données relatives à toutes les entreprises et à toutes leurs activités de production plutôt que par établissement. Cela tend à sous-estimer ces dépenses pour l'industrie pharmaceutique puisque la recherche relative aux produits pharmaceutiques est considérablement plus importante que la recherche relative à d'autres produits fabriqués par les entreprises pharmaceutiques.

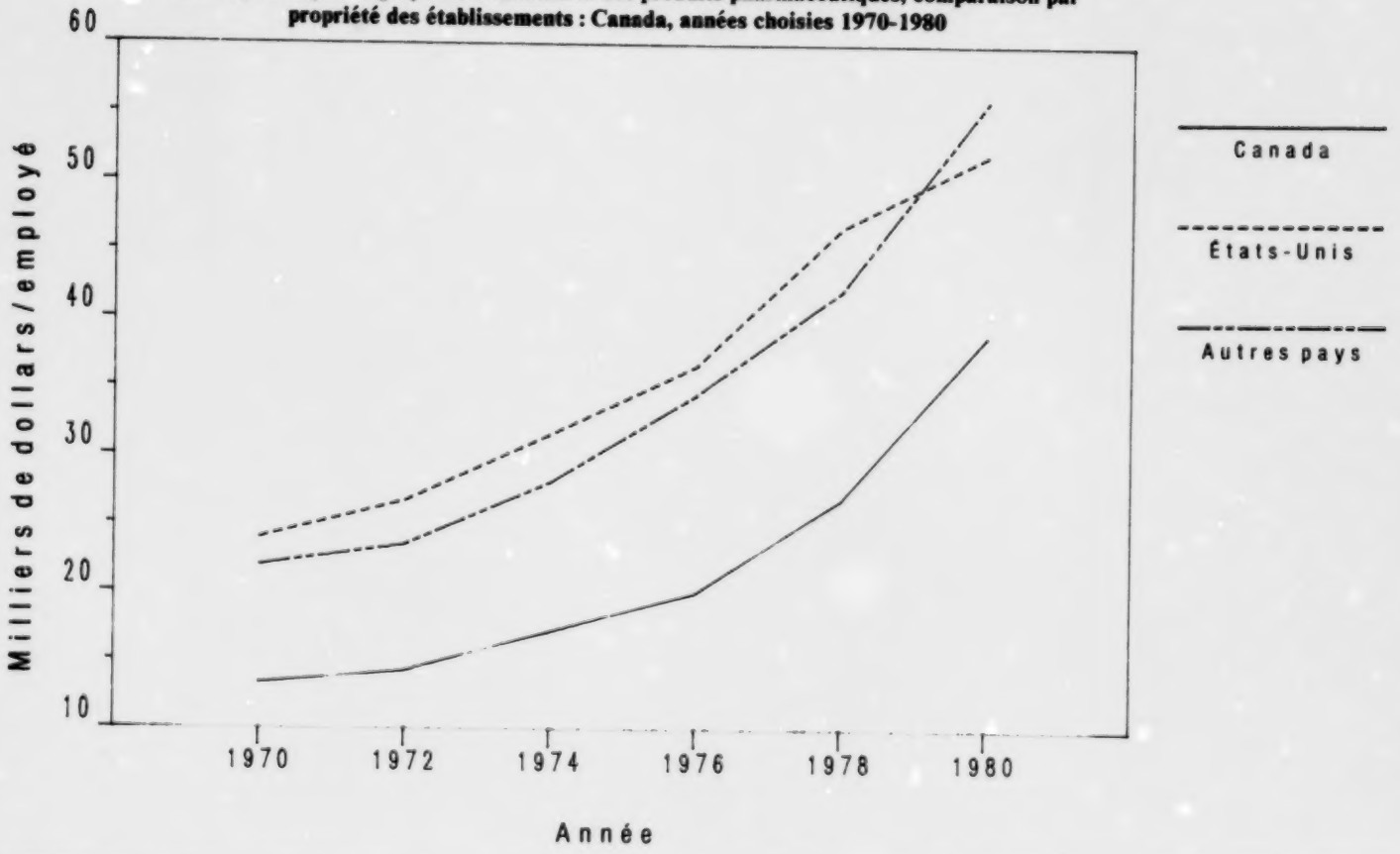
Graphique 2.10

Moyenne de l'emploi par établissement dans l'industrie des produits pharmaceutiques, comparaison par propriété des entreprises : Canada, années choisies 1970-1980



Graphique 2.11

Valeur ajoutée par employé dans l'industrie des produits pharmaceutiques, comparaison par propriété des établissements : Canada, années choisies 1970-1980



Graphique 2.12

Indice du total des frais internes de recherche et de développement dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, 1967-1982 (1967=100)

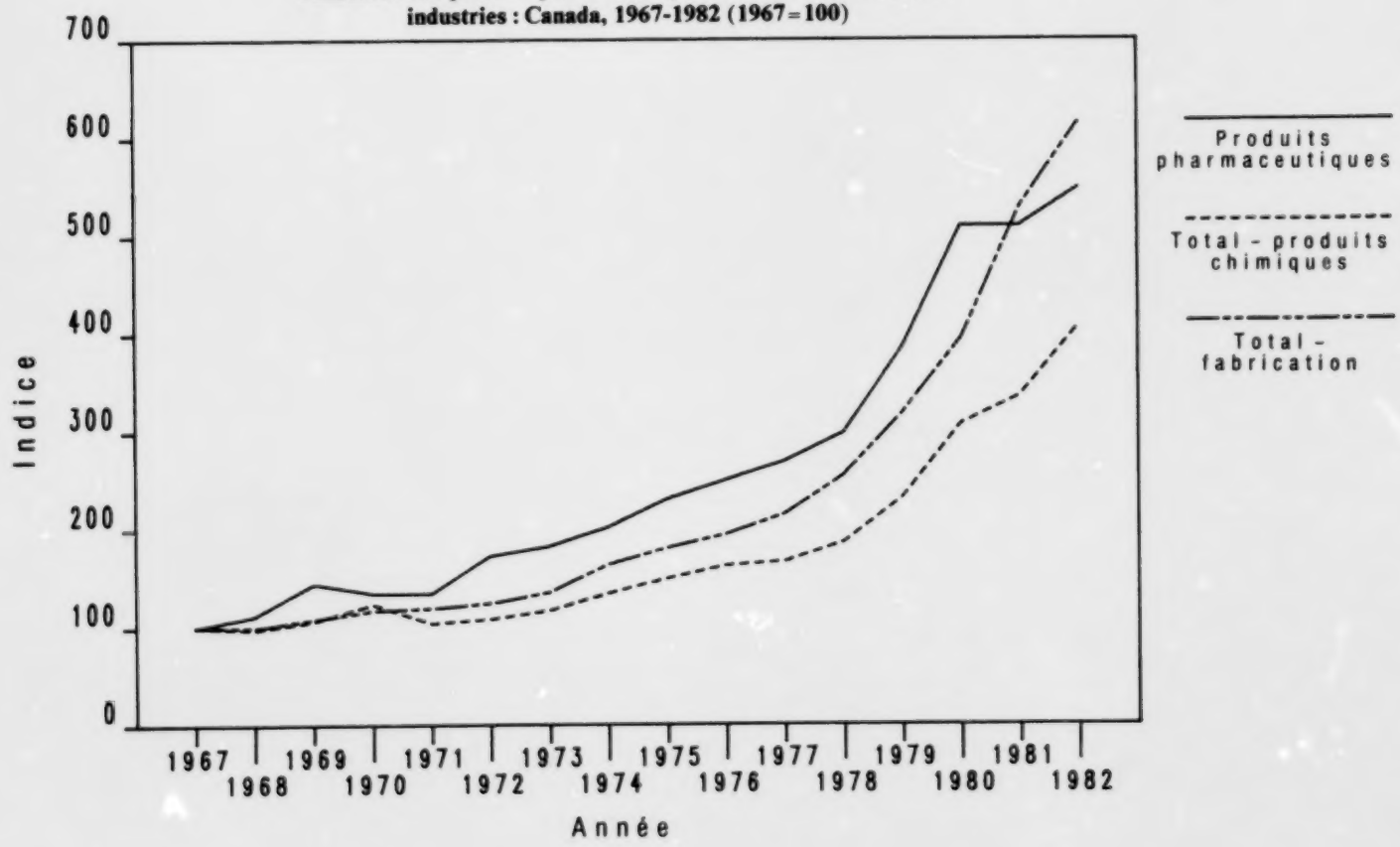


Tableau 2.8

Dépenses totales intra-muros au titre de la recherche et du développement par les fabricants produits pharmaceutiques, les fabricants chimiques totals et les fabricants totals : Canada, années choisies, 1967-1982

	1967	1972	1977	1982
Prod. pharm. et méd. ($M)	10,40	18,00	28,00	57,00
Indice	100,00	173,10	269,20	548,10
Chimiques, total ($M)	46,20	50,00	77,00	188,00
Indice	100,00	108,20	166,70	406,90
Fabricants, total ($M)	310,60	387,00	668,00	1 908,00
Indice	100,00	124,60	215,10	614,30

Source: Statistiques Canada, *Statistiques sur la recherche et le développement industriels* (nº 88-202 au catalogue 88-202) et données révisées par M. Boucher, Division de l'analyse structurelle.

Évaluées à 10,4 millions de dollars en 1967, elles avaient atteint 57 millions de dollars en 1982, soit une augmentation de 448 pour cent. Cette progression peut être comparée à celle 307 pour cent pour tout le secteur des produits chimiques et à celle de 514 pour cent pour tout le secteur manufacturier.

Les dépenses totales intra-muros en recherche et développement pour l'industrie pharmaceutique équivalaient à 3,5 pour cent de la valeur des livraisons en 1967 et à 3,8 pour cent en 1982, la variation au cours de cette période se situant entre 3,5 et 4,8 pour cent. Pour le secteur des produits chimiques, ce niveau est d'environ 1,9 pour cent pour les premières années et il baisse à 1,5 pour cent en 1982. Le niveau des dépenses totales intra-muros en recherche et développement dans l'industrie pharmaceutique semble donc avoir au moins suivi celui des autres industries et avoir même dépassé celui de nombreuses industries, dont celles du secteur des produits chimiques.

Les données du graphique 2.12 ne permettent pas de déceler un changement majeur de la tendance qui découlerait de l'instauration du régime des licences obligatoires. La tendance pour les produits pharmaceutiques est nettement semblable à celle de tous les autres produits chimiques et de tout le secteur manufacturier.

Principales statistiques de l'industrie pharmaceutique au Canada et aux États-Unis

Il serait également intéressant de comparer la performance de l'industrie pharmaceutique au Canada avec celle de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis.

Plusieurs des statistiques principales décrites dans les sections précédentes sont présentées au tableau 2.9 sous une forme résumée pour le Canada et les

Tableau 2.9

Statistiques principales pour l'industrie pharmaceutique du Canada et des États-Unis : indices comparatifs pour 1982 (1967 = 100)

			Statistiques indexées 1982
Nombre d'établissements :		Canada	82,9
		États-Unis	78,4
Emploi :	Total :	Canada	128,8
		États-Unis	122,6
	Production :	Canada	129,9
		États-Unis	113,2
Salaires :	Total :	Canada	502,1
		États-Unis	373,4
	Production :	Canada	561,3
		États-Unis	344,6
Valeur ajoutée par la fabrication :		Canada	445,2
		États-Unis	324,1
Valeur des expéditions :		Canada	492,6
		États-Unis	405,9
Immobilisations nettes :		Canada	318,4
		États-Unis	341,5
Actif total :		Canada	509,7
		États-Unis	335,2
R et D intra-muros :		Canada	538,5
		États-Unis	746,6

Source : Canada : Voir les divers tableaux et graphiques du chapitre; États-Unis : Bureau of the Census, *Preliminary Reports of the Census of Manufacturers 1982*

États-Unis. L'indice construit pour chaque statistique de 1982 suppose que le niveau absolu atteint en 1967 est égal à 100. Par exemple, le nombre d'établissements ayant baissé au Canada d'environ 17 pour cent, l'indice de 1982 était 82,9. Cependant, la baisse a été encore plus accentuée aux États-Unis, dépassant 21 pour cent; l'indice pour le nombre d'établissements aux États-Unis est donc de 78,4 pour 1982.

Un résumé global de la comparaison de la croissance et du développement de l'industrie pharmaceutique au Canada et aux États-Unis nous amène directement à la conclusion que la croissance a été plus accentuée au Canada qu'aux États-Unis depuis 1967. Plusieurs des statistiques principales décrites au tableau 2.9, telles que les traitements et salaires, la valeur ajoutée, la valeur des livraisons, l'actif net immobilisé, l'actif total et les dépenses totales intra-muros de recherche et de développement, sont cependant affectées par les écarts de taux d'inflation ainsi que par les variations du volume ou du niveau d'activité réel. Par ailleurs, la variation du niveau de l'emploi n'est pas

assujettie à ce problème. L'accroissement du nombre total d'employés et des travailleurs affectés à la production a été plus élevé au Canada qu'aux États-Unis. Bien que ces écarts de croissance depuis 1967 soient relativement faibles, ils traduisent un marché plus actif pour les produits pharmaceutiques et les médicaments au Canada qu'aux États-Unis.

Nous en arrivons à la conclusion générale que l'industrie pharmaceutique au Canada a connu une croissance assez régulière. Tout effet négatif des modifications apportées à la *Loi sur les brevets* en 1969 semble avoir été neutralisé par d'autres facteurs comme l'accroissement très marqué de la demande. Cette dernière constatation ressort de l'examen des nombreux graphiques présentés dans ce chapitre et elle est confirmée par une simple analyse statistique de la tendance de chacune des statistiques principales.[5]

[5] Les résultats de cette analyse statistique sont présentés au tableau A2.8 de l'annexe. En plus de cette tendance, l'effet de l'instauration du régime des licences obligatoires, que l'on croyait ressentir en 1971 ou en 1973, y est analysé.

Notes pour les tableaux A2.1 et A2.2

Arrivées et départs dans l'industrie pharmaceutique, 1972-1982

Les tableaux A2.1 et A2.2 font état de l'entrée et de la sortie d'établissements et d'entreprises dans l'industrie de la fabrication des produits pharmaceutiques, C.A.É. 374, pendant la période 1972-1982. On ne tient compte que des entreprises existant en 1972 ou en 1982. Celles qui sont entrées après 1972 ou qui ont quitté l'industrie avant 1982 ne sont pas comprises dans les calculs.

Chaque unité a été classée selon son statut en 1972 et en 1982. Ces catégories forment la colonne de gauche pour 1972 et la rangée supérieure pour 1982. Le tableau A2.1 donne la variation du statut des entreprises pendant la période visée et le tableau A2.2, la variation du statut des établissements. Au tableau A2.1 par exemple, la deuxième rangée fournit des données pour les 25 établissements entre le 26ème et le 50ème rang en 1972. En 1982, 11 d'entre-eux étaient toujours dans le même groupe en 1982, 5 avaient accru leur taille relative et s'étaient hissés dans le groupe supérieur, 4 autres faisant maintenant partie du groupe inférieur. Un établissement avait été reclassé dans une industrie de fabrication et quatre avaient fermé.

Tableau A2.1

Variation du statut des établissements, 1972-1982, fabricants de produits pharmaceutiques C.A.É. 374, selon leur classement en 1972 et en 1982

	Statut en 1982						
	Actifs selon le classement C.A.É. 374				Reclassés[a]	Disparus[b]	Total
Statut en 1972	1-25	26-50	51-100	101+			
1 - 25	19	2	0	0	3	1	25
26 - 50	5	11	4	0	1	4	25
51 - 100	0	7	15	0	8	20	50
101 +	0	0	4	12	1	24	41
Créations[c]	1	5	27	19	—	—	52
Total	25	25	50	31	13	49	—

[a] Établissements classés sous C.A.É. 374 en 1972 et reclassés dans une autre industrie de fabrication en 1982

[b] Comprend des établissements reclassifiés dans l'industrie de gros ainsi que les fermetures «réelles»

[c] Comprend un établissement venu d'une autre catégorie industrielle ainsi que les créations «réelles»; pourrait comprendre des établissements ayant antérieurement appartenus à une catégorie d'industries non manufacturières

Source : Statistique Canada, Division des industries, données non publiées fournies par M. K. Young, 1985

Notes pour les tableaux A2.1 et A2.2 (suite)

Les données du tableau A2.2 sur la variation du statut des entreprises sont présentées de manière semblable. Le tableau comporte une mention supplémentaire pour les fermetures attribuables aux «acquisitions». Ce sont des entreprises qui ont cessé d'exister (du moins sous C.A.É. 374) parce que leurs établissements ont été acquis par une autre entreprise.

La base de données ne permet pas de faire une distinction entre les établissements qui ont fermé leurs portes et ceux qui ont été reclassifiés dans une industrie non manufacturière. Ces détails sont disponibles pour 1981-1982, période au cours de laquelle il y eu 14 fermetures. Douze de ces entreprises ont effectivement fermé leurs portes et deux ont été reclassifiées comme établissements de gros.

La plupart des 13 établissements antérieurement classés sous C.A.É. 374 et reclassifiés sous une autre catégorie manufacturière, sont allés sous C.A.É. 106 et 377

Les cas d'acquisition où l'acquéreur et les entreprises acquises appartenaient à des intérêts étrangers n'ont pas été retenus. Il reste donc cinq cas d'acquisition, dont deux visant l'acquisition d'entreprises canadiennes pour des entreprises canadiennes. Les 3 autres cas concernent des entreprises canadiennes acquises par des entreprises étrangères.

Tableau A2.2

Variation du statut des entreprises, 1972-1982, fabricants de produits pharmaceutiques C.A.É. 374, selon leur classement en 1972 et en 1982

	Statut en 1982							
	Actives selon le classement C.A.É. 374				Acquises	Reclassées[a]	Disparues[b]	Total
Statut en 1972	1-25	26-50	51-100	101+				
1 - 25	20	1	0	0	0	3	1	25
26 - 50	5	10	2	0	3	2	3	25
51 - 100	0	5	14	0	2	5	24	50
101+	0	0	3	6	0	0	15	24
Créations[c]	0	9	31	8	—	—	—	—
Total	25	25	50	14	5	10	43	—

[a] Entreprises dont la totalité des opérations étaient classées sous C.A.É. 374 en 1972 et reclassées dans une autre industrie de fabrication en 1982

[b] Comprend des entreprises dont la totalité des opérations ont été reclassifiées dans l'industrie de gros ainsi que les fermetures «réelles»

[c] Comprend deux entreprises créées par l'acquisition d'établissements classés sous C.A.É. 374 et appartenant à d'autres d'une autre

Source : Statistique Canada, Division des industries, données non publiées fournies par M. K. Young, 1985

Tableau A2.3

Valeur des livraisons de préparations médicales et pharmaceutiques des fabricants de produits de toilette, exprimée en pourcentage de la valeur de toutes les livraisons : Canada, 1965-1982

Année	(1) Valeur des livraisons de préparations médicales et pharmaceutiques		(1) % de la valeur de toutes les livraisons
	(milliers de $)	Indice	%
1982	29 242	534,0	4,5
1981	21 981	401,4	3,7
1980	12 401	226,4	2,5
1979	11 893	217,2	2,8
1978	10 553	192,7	2,9
1977	6 635	121,2	2,0
1976	6 507	118,8	2,1
1975	6 113	111,6	2,2
1974	5 556	101,5	2,3
1973	3 255	59,4	1,6
1972	4 693	85,7	2,6
1971	5 485	100,2	3,4
1970	6 212	113,4	4,0
1969	6 824	124,6	4,6
1968	6 067	110,8	4,8
1967	5 477	100,0	4,7
1966	5 207	95,1	4,7
1965	5 107	93,3	4,9

Source : Statistique Canada, *Fabricants de produits de toilette* (nº 46-215 au catalogue)

Tableau A2.4

Livraisons des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, exprimées en pourcentage : Canada, 1966-1971

Description	1971	1970	1969	1968	1967	1966
Grands établissements déclarant en détail						
Produits:						
Prod. méd. et pharm. :						
Inscrits comme médicaments brevetés et vendus sans déclaration de tous les ingrédients	10,5	11,0	11,7	12,1	12,0	13,6
Antibiotiques et préparations :						
Pénicillines en vrac	4,4	4,9	4,7	4,8	4,9	4,5
Pénicillines (autres)						
Streptomycine et dihydrostreptomycine	0,1				0,1	0,1
Pénicillines/streptomycine en vrac	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Pénicillines/streptomycine (autres)						
Autres antibiotiques, en vrac	0,9	0,7	0,5	4,9	4,9	6,0
Autres antibiotiques, autres formes	3,9	4,1	4,1			
Sulphamides avec ou sans autres ingrédients actifs	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1,2
Vitamines et préparations :						
Vitamines en vrac	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,7
Préparations de vitamines dont les principaux ingrédients actifs sont des vitamines	4,4	4,3	4,4	4,5	4,8	4,9
Biologiques et vaccins, excl. les hormones sexuelles	2,2	2,8	2,0	1,5	1,9	1,8
Hormones sexuelles	5,5	5,6	6,6	7,0	7,1	5,7
Antiseptiques oraux	2,2	2,0	1,8	1,7	1,6	1,3
Préparations d'ordonnance pour usage humain, n.d.a.	39,4	38,5	40,2	41,4	39,8	39,9
Tous autres médic. humain	7,3	7,7	7,7	4,9	5,6	4,4
Chimiques, inorganiques et organiques	0,5	0,7	0,6	0,7	1,0	0,8
Compléments alimentaires et leurs ingrédients	2,8	2,6	2,1	2,4	2,5	2,4
Médicaments vétérinaires :						
Biologiques et vaccins	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7
Antibiotiques (comb. et prép.)	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	1,4
Prép. de sulphamides	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Vitamines et autres comb.	0,4	0,4	0,6	0,7	0,7	0,6
Tous autres méd. vét.	1,0	0,8	1,0	1,0	1,8	1,5
Produits de toilette :						
Sels et huiles de bain	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1

Tableau A2.4 (suite)

Livraisons des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, exprimées en pourcentage : Canada, 1966-1971

Description	1971	1970	1969	1968	1967	1966
Crèmes de toutes sortes, sauf méd. :						
Nettoyantes	0,1				0,1	
Pour la nuit						
Autres		0,1	0,1	0,1	0,1	0,2
Autres pro. de toilette	3,9	3,9				
Divers :						
Poudres						
Désodoriants (sauf pers.)						
Désinfectants	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
Extraits aromatisés			0,1		0,1	0,1
Insecticides :						
À vaporiser						
Poisons à souris et à rats						
Autres insectisides domestiques et industriels	0,2					
À vaporiser et en proudre, pour le bétail		0,1			0,1	0,1
Crèmes à raser :						
Aérosol				0,1	0,1	0,1
Sous blaireau	0,1	0,1				
Mousse			0,1	0,1	0,1	0,1
Tous les autres produits	7,2	7,9	10,1	10,1	9,3	9,4
Montant reçu en paiement de travail exécuté sur des matières et produits appartenant à d'autres	1,3	0,5	0,9	1,0	1,0	1,1
Moins ajustement pour tenir compte de la valeur de taxes de vente, des droits d'accise et des frais de transport vers l'extérieur qui n'ont pu être déduits	−2,3	−2,7	−2,6	−2,2	−3,2	−3,0
Petits établissements ne déclarant pas en détail	0,7	0,8				
%	99,9	100,2	100	100	99,9	100,2

Source : Statistique Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* (n° 46-209 au catalogue)

Tableau A2.5
Livraisons des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, exprimées en pourcentage : Canada, 1972-1982

Description	1982	1981	1980	1979	1978	1977	1976	1975	1974	1973	1972
Produits médicinaux et pharm. pour cons. humaine											
Produits bactériologiques (vaccins, etc.)									2,2	2,0	
Produits biologiques pour cons. humaine		0,5	1,1	1,1	1,2	1,4	1,3	1,5	1,8	1,7	
Drogues affectant les systèmes cardiovasculaire et respiratoire (agents cardiaques, agents hématologiques, antihistaminiques, prép. contre la toux et le rhume, etc.)	13,5	13,5	13,5	13,2	13,1	12,0	11,8	10,8	10,8	11,0	
Drogues affectant le système nerveux principal et les organes des sens (analgésiques internes, stimulants, tranquilisants, sédatifs, hallucinogènes, etc.)	22,4	21,1	17,3	15,2	14,3	15,5	14,9	14,9	14,8	14,9	
Drogues affectant les systèmes digestifs et génito-urinaire (antiacides, laxatifs, diurétiques, etc.)	11,0	10,9	11,6	9,7	9,0	8,6	7,9	6,7	6,4	6,0	
Drogues affectant le néoplasme, les glandes endocrines, le métabolisme (hormones, contraceptifs oraux, etc.)	10,8	10,0	9,7	9,8	9,4	10,9	10,4	10,7	9,8	8,6	
Drogues contre les parasites et les infections (anti-infectieux, antibiotiques, sulfamides, antiseptiques, désinfectants, antibactériens, etc.)	9,3	10,7	11,6	11,4	10,4	11,5	11,7	11,8	13,3	11,9	
Vitamines, aliments nutritifs, médicaments anti-anémiques											
Vitamines en vrac		0,1	0,3		0,5		0,4	0,6	0,4	0,3	0,1
Préparations vitamines	5,4	4,4	5,1	4,5	3,9	3,5	4,1	4,3	5,3	5,4	5,4
Préparations nutratives, thérapeutiques	3,7	4,0	1,5	3,2	3,7	1,9	1,6	1,5	1,1	1,2	
Préparations anti-anémiques	0,2	0,3	0,5	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	
Préparations dermatologiques	1,5	1,4	1,0								
Moyens diagnostiques	1,2	1,8	1,4			16,2	17,5	16,1	14,7	16,2	75,8
Autres prod. méd. et pharm. pour cons. humaine	9,9	10,3	8,9	14,5	16,1						
Micro-prémélanges, macro-prémélanges et compléments d'aliments	0,7	0,5	0,7	2,4	2,0	1,7	2,4	1,8	2,3	2,1	2,3

Description	1982	1981	1980	1979	1978	1977	1976	1975	1974	1973	1972
Médicaments vétérinaires											
Antibiotiques	0,9	1,0	1,3								
Produits biologiques	0,3	0,5	0,5								
Substances coccidiostatiques											
Drogues affectant les parasites et les infections	0,5	0,7	0,6		3,1	3,5	3,6	3,2	5,0	4,3	3,8
Préparations vitamines thérapeutiques	0,2	0,2	0,4								
Autres médicaments vétérinaires (y compris ceux pour compléments alimentaires)	0,8	0,9	1,1	3,7							
Produits de toilette:											
Crèmes et lotions	0,2	0,7	0,7								
Produits capillaires	0,8	0,5	0,7		1,7		0,5	0,6	0,5	0,7	0,7
Dentifrices et préparations buccales, non-médicamenteux	0,7	1,1	1,5				2,1	2,0	2,2	2,4	2,3
Tous autres produits de toilette et de beauté			0,2	2,7			1,2	2,6	3,1	3,9	1,0
Autres fournitures médicales, articles ophtalmiques et appareils orthopédiques	2,8	0,8	3,1								
Tous autres produits	1,8	2,2	3,9	6,8	8,5	10,0	5,7	7,5	6,5	6,9	9,1
Montant reçu en paiement de travail exécuté sur des matières et produits appartenant à d'autres	0,2	0,5	0,6	0,4	0,3	0,3	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3
Moins rectification pour tenir compte de la valeur des taxes de vente, des droits d'accise et des frais de transport vers l'extérieur qui non pu être déduits	−1,4	−1,8	−1,7	−1,3	−1,5	−1,4	−1,8	−2,2	−2,4	−2,1	−2,4
Petits établissements ne déclarant pas en détail	2,7	3,3	3,0	2,6	4,0	3,9	3,3	3,9	0,6	1,2	0,9
%	100,1	100,1	100,1	100,0	100,0	99,8	100,1	100,0	100,0	100,1	100,3

Source : Statistiques Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* (nº 46-209 au catalogue) et *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (nº 46-223 au catalogue)

Tableau A2.6

Statistiques comparatives sur la mainmise étrangère sur les industries pharmaceutiques, des produits de toilette, des produits chimiques et sur l'ensemble des industries manufacturières, en pourcentage : Canada, années choisies, 1970-1980

	Nombre d'entreprises						Nombre d'établissements					
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1970	1972	1974	1976	1978	1980
Fabricants, total :												
États-Unis	5	5	5	5	5	4	9	9	9	10	9	8
Autres pays	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
Canada	94	94	94	94	94	95	88	88	87	87	88	89
Produits chimiques :												
États-Unis	25	25	27	30	24	23	35	35	38	40	33	32
Autres pays	6	6	6	7	6	7	13	14	14	13	13	14
Canada	69	69	66	63	70	70	53	52	48	47	54	54
Produits pharmaceutiques et médicaments :												
États-Unis	33	33	35	37	30	28	37	37	38	40	33	33
Autres pays	8	7	8	8	11	13	8	9	8	9	11	12
Canada	59	60	58	54	59	59	55	55	54	51	56	55
Produits de toilette :												
États-Unis	47	44	48	48	37	38	48	45	50	48	37	39
Autres pays	9	7	10	10	7	6	9	7	10	9	7	6
Canada	44	49	41	43	55	56	43	48	40	42	55	55

Source : Statistiques Canada, *Le contrôle national et étranger des établissements du secteur de la fabrication, des mines et de l'abattage au Canada* (nº 31-401 au catalogue)

Valeur des livraisons						Valeur ajoutée						Emploi					
1970	1972	1974	1976	1978	1980	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1970	1972	1974	1976	1978	1980
42	41	40	41	40	36	42	41	40	39	38	35	35	34	34	33	32	29
9	10	10	10	9	10	9	10	11	9	9	10	8	8	9	7	7	8
48	48	48	49	49	53	47	48	48	50	52	54	55	55	56	59	60	62
60	60	60	60	59	58	62	62	62	64	59	59	55	54	55	56	54	55
21	21	20	17	15	16	22	22	21	18	17	17	22	22	21	19	17	16
18	18	19	22	24	25	15	15	16	17	23	22	22	23	22	24	28	27
72	71	68	68	69	64	74	72	72	71	70	66	66	64	64	64	63	64
13	15	15	15	15	19	13	15	15	16	17	20	13	16	15	15	17	18
13	13	15	16	15	16	11	11	12	11	12	13	20	19	20	19	19	17
76	79	77	75	76	82	76	78	77	74	75	81	69	71	74	71	71	78
15	12	15	14	12	10	15	12	17	17	14	14	15	12	15	15	12	11
8	8	7	10	11	7	8	8	5	8	10	4	15	16	10	13	15	10

Tableau A2.7

Statistiques comparatives de la mainmise étrangère sur les industries pharmaceutiques, des produits chimiques et sur l'ensemble des industries manufacturières : Canada, années choisies, 1970-1980

	Employés par établissement						Répartition en pourcentage de la valeur ajoutée					
	1970	1972	1974	1976	1978	1980	1970	1972	1974	1976	1978	1980
									(%)			
Prod. pharmaceutiques et médicaments :												
États-Unis	163	179	186	176	200	226	74,8	73,4	71,8	71,7	70,4	66,4
Autres pays	169	192	212	188	164	170	11,9	14,8	15,1	16,4	17,3	20,3
Total autres pays	164	182	190	178	191	211	86,7	88,2	86,9	88,1	87,7	86,7
Canada	34	35	42	42	36	36	13,3	11,8	13,1	11,9	12,3	13,3
Total	90	102	111	109	104	114	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ratio Canada/autres	20,7	19,2	22,1	23,7	18,7	17,1						
Produits chimiques :												
États-Unis	112	105	109	109	117	125	62,8	62,7	62,0	64,1	59,4	59,4
Autres pays	126	107	116	111	95	87	21,6	21,4	21,2	18,3	17,3	17,3
Total autres pays	115	105	111	109	94	113	84,3	84,1	83,2	82,4	76,7	76,7
Canada	30	30	35	39	37	37	15,7	15,9	16,9	17,6	23,3	23,3
Total	70	66	74	76	66	72	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ratio Canada/autres	26,1	28,6	31,5	35,8	39,8	32,9						
Fabricants, total :												
États-Unis	200	192	204	194	200	194	42,5	39,8	38,1	39,4	38,4	35,4
Autres pays	160	157	165	149	129	139	9,9	10,2	11,1	9,2	9,2	10,2
Total autres pays	191	184	195	184	182	179	52,4	50,0	49,2	48,6	47,6	45,6
Canada	32	35	37	41	39	37	47,6	50,0	50,7	51,4	52,4	54,4
Total	51	53	57	60	56	52	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ratio Canada/autres	16,8	19,0	19,0	22,3	21,2	20,4						

Source : Statistiques Canada, *Le contrôle national et étranger des établissements du secteur de la fabrication, des mines et de l'abattage au Canada* (n° 31-401 au catalogue)

Valeur ajoutée par établissement						Valeur ajoutée par employé					
1970	1972	1974	1976	1978	1980	1970	1972	1974	1976	1978	1980
		(en milliers de $)						(en milliers de $)			
3 891	4 480	5 392	6 437	9 360	11 753	23,9	26,6	31,5	36,5	46,7	52,0
3 708	3 908	5 364	6 483	6 900	9 512	21,9	23,4	28,0	34,4	42,1	56,0
3 865	4 373	5 387	6 445	8 745	11 139	23,6	25,9	30,8	36,1	45,7	52,9
457	488	704	845	957	1 393	13,3	14,2	17,1	20,0	26,8	38,7
1 938	2 252	2 874	3 603	4 371	5 772	21,4	23,7	28,1	32,9	42,1	50,4
11,8	11,2	13,1	13,1	10,9	12,5	56,4	54,8	55,5	55,3	58,6	73,3
2 404	2 448	3 580	4 422	5 705	8 184	21,5	25,6	36,3	40,5	48,8	65,6
2 350	2 108	3 291	3 772	4 240	5 519	18,6	22,1	31,4	34,1	44,7	63,4
2 390	2 352	3 502	4 259	4 475	7 380	20,7	24,6	34,9	38,9	47,8	65,1
390	418	767	1 022	1 370	1 907	12,8	15,3	23,5	26,1	36,8	51,1
1 324	1 355	2 186	2 735	2 928	4 422	18,9	22,4	32,3	35,8	44,7	61,2
16,3	17,8	21,9	24,0	30,6	25,8	61,8	62,2	67,3	67,0	77,0	78,5
3 120	3 246	4 480	5 643	7 197	8 821	15,6	18,8	24,7	29,0	36,0	45,5
2 393	2 608	4 034	4 237	5 008	6 547	15,0	17,5	25,9	28,5	38,8	47,0
2 951	3 090	4 370	5 310	6 637	8 185	15,5	18,5	25,0	28,9	36,5	45,8
363	439	645	869	1 016	1 203	11,2	12,2	18,1	21,3	26,4	32,9
671	769	1 113	1 465	1 703	1 969	13,1	15,5	21,1	24,4	30,4	37,8
12,3	14,2	14,8	16,4	15,3	14,7	72,3	71,4	72,4	73,5	72,2	71,9

Tableau A2.8

Analyse statistique de divers indicateurs économiques : l'industrie pharmaceutique au Canada

Variable dépendante	Année de changement de la variable auxiliaire	Année		Var. auxiliaire			
		Coef. de régr. estimatif	T. Statistic	Coef. de régr.	T. Statistic	R. Squared	D.W.
Actif immobilisations (net) (1965-1982)**	1971	0,00016*	-3,900	0,0023*	4,978	0,6200	1,310
	1973	0,00009	-1,266	0,0012	1,585	0,1500	0,320
Actif total (1965-1982)	1971	0,00004	-1,101	0,0011*	2,762	0,4400	1,520
	1973	0,00003	-0,622	8,5000*	1,782	0,3000	0,650
R-D total intra-muros (1963-1982)	1971	0,00037	-1,064	0,0083*	2,032	0,2513	1,160
	1973	0,00003	0,077	0,0026	0,565	0,0870	0,823
Emploi (1961-1982)	1971	0,00005*	3,615	0,0006*	3,534	0,9078	1,170
	1973	0,00010*	5,591	-0,0001	-0,447	0,8487	0,756
Salaires (1961-1982)	1971	0,00002	1,060	7,0800*	2,408	0,7010	0,884
	1973	0,00010*	4,139	-0,0005	-1,442	0,6480	0,761
Livraisons valeur ajoutée (1961-1982)	1971	0,00006	0,821	-0,0010	-1,104	0,0640	1,340
	1973	0,00010*	2,031	-0,0020*	-2,530	0,2540	1,750
Valeur ajoutée (1961-1982)	1971	0,00030	0,425	9,5400	0,108	0,0530	0,670
	1973	0,00020*	3,494	-0,0020*	-3,300	0,3970	1,070
Produits intérieur réel (1961-1983)	1971	0,00030	11,570	0,0003	0,883	0,9670	1,490
	1973	0,00030	12,670	-0,0003	-0,768	0,9670	1,440
Importations/livraisons (1952-1982)	1971	-0,00090	-0,661	0,0780*	3,290	0,4860	0,520
	1973	-0,00160	-0,175*	0,1032*	5,740	0,6720	0,870
Exportations/livraisons (1952-1982)	1971	0,00070	2,09*	0,1500*	2,530	0,7090	1,280
	1973	0,00050	1,91*	0,0200*	4,200	0,7810	1,370
Importations/exportations (1952-1982)	1971	-0,07200*	-2,650	0,6500	1,310	0,2630	0,961
	1973	-0,07500*	-3,090	0,7830	1,690	0,2900	1,070

* Indique un important cœfficient de régression

** Période visée par l'analyse régressive

Chapitre 3

L'industrie pharmaceutique au Canada : profil du marché

Ce chapitre traite de deux grandes catégories d'information. La première sert à décrire la valeur et l'accroissement des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments par rapport aux dépenses totales dans le secteur des soins de santé et au produit national brut. La taille de l'industrie pharmaceutique telle que révélée par la valeur des livraisons de la totalité des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments comparativement aux dépenses des consommateurs présente aussi un intérêt. À ce sujet, on donne des renseignements sur la mesure dans laquelle ceux-ci assument les coûts directement.

La seconde grande catégorie de données concerne les profils de consommation de produits pharmaceutiques, selon l'âge des consommateurs, la catégorie de produits et la maladie diagnostiquée. L'importance de l'âge a donné lieu à l'examen de l'accroissement récent et projeté du nombre des personnes de 65 ans et plus.

Bien que les consommateurs puissent être considérés comme autonomes au moment de choisir un médicament en vente libre, tel n'est pas le cas, en général, pour les médicaments délivrés sur ordonnance. C'est pourquoi on présente de l'information sur le nombre de médecins et de pharmaciens qui sont, avec les fabricants et les consommateurs, les autres agents économiques importants de ce marché. Quant aux médicaments délivrés sur ordonnance et à un pourcentage élevé des médicaments en vente libre, le médecin joue un rôle important en tant qu'«agent» du consommateur en prescrivant l'achat de tel ou tel produit pharmaceutique ou médicament.

Cette section traite de renseignements sur le lien entre le nombre de visites à un médecin et le nombre de médicaments prescrits, en tout et selon de grandes catégories de maladies diagnostiquées.

L'étude de la nature du marché des produits pharmaceutiques et des médicaments se termine par une évaluation de sa compétitivité.

Valeur et accroissement relatifs des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments

Le premier objectif de cette section est de comparer l'information fournie au chapitre 2 sur la valeur des livraisons des fabricants de produits pharmaceu-

tiques à l'information sur les ventes de ces produits aux consommateurs. Après cette comparaison à l'aide des données disponibles, suit une étude détaillée sur l'importance relative des dépenses au stade de la consommation finale.

Le troisième aspect consiste à examiner dans quelle mesure les coûts des médicaments prescrits et non prescrits sont partagés entre les consommateurs d'une part et les régimes d'assurance à tiers payant d'autre part.

Comparaison des ventes des fabricants et des achats effectués par les pharmacies et les hôpitaux

Le tableau 3.1 contient des données sur les achats de produits pharmaceutiques et de médicaments par les pharmacies et les hôpitaux, recueillies par IMS Canada, une société privée, lors d'enquêtes périodiques auprès des pharmacies et des hôpitaux. La principale méthode de travail utilisée par IMS consiste à examiner les factures adressées aux acheteurs par les fabricants. L'information ainsi recueillie fournit une estimation passablement exacte du produit des ventes, selon des transactions qui ont réellement eu lieu.

Tableau 3.1

Achats de produits pharmaceutiques et médicaments—par les pharmacies et les hôpitaux : Canada, 1964-1983

Année	Pharmacies			Hôpitaux			Achats combinés	
	(milliers de $)	Indice 1967 = 100	% des achats comb.	(milliers de $)	Indice 1967 = 100	% des achats comb.	(milliers de $)	Indice 1967 = 100
1983	1460812	764,4	83,9	279701	479,4	16,1	1740513	697,8
1982	1181668	618,4	82,6	248965	426,7	17,4	1430633	573,6
1981	1034395	541,3	82,4	221273	379,3	17,6	1255668	503,4
1980	893552	467,6	82,5	189172	324,2	17,5	1082724	434,1
1979	755074	405,6	82,3	162260	278,1	17,7	917334	367,8
1978	641271	335,6	81,4	146066	250,4	18,6	787337	315,7
1977	549442	287,5	79,3	143560	246,1	20,7	693002	277,8
1976	508088	265,9	80,3	124615	213,6	19,7	632703	253,7
1975	446187	233,5	80,3	109345	187,4	19,7	555531	222,7
1974	399465	209,0	79,5	103115	176,7	20,5	502580	201,5
1973	356560	186,6	79,5	91886	157,5	20,5	448446	179,8
1972	332186	173,8	79,7	84541	144,9	20,3	416727	167,1
1971	306416	160,4	79,1	81055	138,9	20,9	387471	155,3
1970	250960	131,3	77,3	73714	126,3	22,7	324674	130,2
1969	236596	123,8	77,8	67551	115,8	22,2	304147	121,9
1968	223030	116,7	77,6	64360	110,3	22,4	287390	115,2
1967	191089	100,0	76,6	58342	100,0	23,4	249431	100,0
1966	186313	97,5	77,4	54284	93,0	22,6	240597	96,5
1965	157453	82,4	76,6	48219	82,6	23,4	205672	82,5
1964	147691	77,3	78,1	41434	71,0	21,9	189125	75,8

Source : IMS Canada

Les données d'IMS diffèrent donc quelque peu des données sur la valeur des livraisons des usines présentées et examinées au chapitre 2. Ces dernières sont tirées de l'enquête annuelle menée par Statistique Canada auprès des établissements du Canada et reflètent les réponses des entreprises aux questions sur les types de produits qu'elles livrent au cours de l'année et sur la valeur de ces produits.

Ces deux sources de données fournissent des résultats très similaires en ce qui a trait à la taille et à la croissance estimatives de la valeur de l'ensemble des produits pharmaceutiques livrés par les usines, comme l'indique la comparaison des données des tableaux 2.2 (voir le chapitre 2) et 3.1. Par exemple, en 1982, l'écart entre le montant de 1 437 milliards de dollars (livraisons des usines) estimé par Statistique Canada et celui de 1 431 milliards de dollars (ventes aux pharmacies et aux hôpitaux) estimé par IMS Canada est de beaucoup inférieur à un pour cent. En 1967, les chiffres fournis par Statistique Canada et IMS Canada étaient de 290,7 et de 249,4 millions de dollars respectivement, soit un écart de l'ordre de 15 pour cent. Jusqu'à 1975, l'écart entre les chiffres fournis par les deux sources était au moins de cet ordre, mais par la suite, l'importance relative de l'écart a considérablement diminué.

Des conclusions utiles concernant l'évolution de l'importance relative des ventes aux pharmacies d'une part et aux hôpitaux d'autre part peuvent toutefois être tirées des données de IMS Canada présentées au tableau 3.1. De toute évidence, les hôpitaux ont une part décroissante de la totalité des achats, si on considère la valeur des achats en dollars; en effet, alors qu'ils intervenaient pour 23,4 pour cent des achats en 1967, leur part n'était que de 16,1 pour cent en 1983. Par ailleurs, il est possible que la croissance de la production de produits génériques ait eu un effet différent sur les hôpitaux et que des données sur leur part de produits pharmaceutiques en volume ne révéleraient peut-être pas un déclin aussi substantiel que les données sur les montants des achats.

Le tableau 3.2 contient d'autres renseignements fournis par IMS Canada sur la nature des produits pharmaceutiques et des médicaments vendus aux hôpitaux. Il contient également des données de Statistique Canada sur les dépenses des hôpitaux publics pour ces produits.

Sont considérés comme des hôpitaux publics, les hôpitaux spécialisés et les hôpitaux généraux publics et les hôpitaux psychiatriques, c'est-à-dire la plupart des hôpitaux au Canada. Bien que la valeur absolue des dépenses en drogues ait considérablement augmenté au cours de la période, la valeur des dépenses par rapport à la totalité des dépenses des hôpitaux a, en fait, diminué. En 1967, elle représentait 3,34 pour cent de la totalité des dépenses, comparativement à 2,61 pour cent en 1982.

La comparaison des données de Statistique Canada et de IMS Canada sur les dépenses révèle un écart de l'ordre de 20 pour cent ou plus au cours des dernières années. Par contre, les données des deux sources sur les achats

Tableau 3.2

Ventes de produits pharmaceutiques et de médicaments aux hôpitaux et dépenses des hôpitaux pour des produits pharmaceutiques et des médicaments : Canada, 1964-1982

	Dépenses des hôpitaux publics en médicaments[a]			Ventes estimatives aux hôpitaux[b]					
				Médicaments		Spécialités pharmaceutiques		Total	
	(milliers $)	Indice	Pourcentage des dépenses des hôpitaux	(milliers $)	% du total	(milliers $)	% du total	(milliers $)	Indice
1983	355 382	608,5	2,65	277 156	99,09	2 545	0,91	279 701	479,4
1982	314 075	537,7	2,61	246 752	99,11	2 213	0,89	248 965	426,7
1981	256 770	439,6	2,38	218 975	98,96	2 298	1,04	221 273	379,3
1980	217 472	372,3	2,31	187 075	98,89	2 098	1,11	189 173	324,3
1979	186 905	320,0	2,32	160 477	98,90	1 783	1,10	162 260	278,1
1978	161 326	276,2	2,19	144 322	98,81	1 744	1,19	146 066	250,4
1977	143 680	246,0	2,16	141 597	98,63	1 963	1,37	143 560	246,1
1976	128 550	220,1	2,04	123 010	98,71	1 605	1,29	124 615	213,6
1975	113 018	193,5	2,10	108 001	98,77	1 344	1,23	109 345	187,4
1974	97 381	166,7	2,19	102 085	99,00	1 031	1,00	103 116	176,7
1973	87 254	149,4	2,39	91 038	99,08	848	0,92	91 886	157,5
1972	82 920	142,0	2,55	83 727	99,04	814	0,96	84 541	144,9
1971	80 167	137,3	2,72	80 276	99,04	779	0,96	81 055	138,9
1970	76 302	130,6	2,88	72 921	98,92	793	1,08	73 714	126,4
1969	70 656	121,0	3,05	66 867	98,99	683	1,01	67 550	115,8
1968	64 263	110,0	3,17	63 700	98,97	660	1,03	64 360	110,3
1967	58 406	100,0	3,34	57 777	99,03	564	0,97	58 341	100,0
1966				53 729	98,98	555	1,02	54 284	93,0
1965				47 685	98,89	534	1,11	48 219	82,7
1964				40 909	98,73	525	1,27	41 434	71,0

Source : [a] Statistique Canada, *Hospital Statistics* (nº 83-232 au catalogue) [b] IMS Canada

estimatifs des hôpitaux en 1967 étaient presque identiques. Cette différence résulte probablement du fait que les hôpitaux font de plus en plus d'achats en vrac, ce qui pourrait entraîner une erreur d'échantillonnage lors des enquêtes menées par IMS Canada.

Le tableau 3.2 contient d'autres données qui montrent bien que les produits pharmaceutiques et les médicaments sont classés en produits d'«ordonnance» d'une part et en «spécialités pharmaceutiques» d'autre part. Dans ce contexte, les produits pharmaceutiques et médicaments d'ordonnance sont ceux qui sont destinés aux pharmacies et aux hôpitaux et délivrés sur ordonnance ou non, habituellement sous la surveillance d'un pharmacien. Les spécialités pharmaceutiques sont les produits emballés par le fabricant d'une manière qui permet de les vendre directement au consommateur sans qu'il soit nécessaire au pharmacien d'intervenir. La très grande majorité des produits achetés par les hôpitaux appartiennent à la catégorie des produits d'ordonnance. En 1982, ces produits représentaient environ 99 pour cent de tous les achats de produits pharmaceutiques et de médicaments par les hôpitaux. Qui plus est, ce pourcentage a peu varié depuis 1967.

On trouve au tableau 3.3 de l'information sur les ventes estimatives aux pharmacies par les fabricants, ainsi que sur les dépenses des consommateurs pour l'achat de ces médicaments. Le total des ventes des fabricants aux pharmacies sont réparties entre les produits d'ordonnance et les spécialités pharmaceutiques. De toute évidence, les produits d'ordonnance représentent un pourcentage croissant du volume total des produits vendus et forment l'immense majorité des produits vendus aux pharmacies.

Les dépenses des consommateurs dans les pharmacies ont été divisées en deux catégories de produits pharmaceutiques et de médicaments, c'est-à-dire les médicaments prescrits et les médicaments non prescrits. L'examen de l'importance relative des dépenses pour ces deux catégories de médicaments révèle des tendances assez stables au cours des vingt dernières années. Les dépenses en médicaments prescrits comptent pour environ 52 pour cent de la totalité des dépenses finales en médicaments pendant presque toute cette période.

Notons que la définition d'un médicament prescrit et celle d'un médicament non prescrit sont assez simples. De façon générale, les médicaments non prescrits sont emballés pour la vente directe au consommateur, tandis que l'achat de médicaments prescrits se fait sur l'ordonnance d'un médecin. Cependant, la distinction entre ces deux catégories de médicaments varie quelque peu d'une province ou d'un pays à l'autre. Au Canada, cette distinction est assez claire et elle est consistente dans toutes les provinces. Par contre, les comparaisons entre les pays sont plus difficiles. Il en est ainsi parce que dans certains pays, la méthode utilisée pour déterminer l'admissibilité à un remboursement total ou partiel semble être un facteur presque aussi important pour le classement des médicaments dans l'une ou l'autre des catégories, que la décision des autorités sanitaires concernant les médicaments qui devraient être prescrits par un médecin qualifié.

Tableau 3.3

Ventes de produits pharmaceutiques et de médicaments aux pharmacies et dépenses des pharmacies pour des produits pharmaceutiques et des médicaments : Canada, 1964-1982

	Ventes estimatives des fabricants aux pharmacies (dépenses)[a]					Dépenses (achats) des pharmacies pour des médicaments prescrits et non prescrits[b]				
	Médicaments		Spécialités pharmaceutiques		Total	Prescrits		Non prescrits		Total
	(milliers $)	% du total	(milliers $)	% du total	(milliers $)	(milliers $)	% du total	(milliers $)	% du total	(milliers $)
1982	1 073,3	90,8	108,4	9,2	1 181,7	1 473,4	52,0	1 357,7	48,0	2 831,1
1981	929,3	89,8	105,1	10,2	1 034,4	1 205,0	52,1	1 109,9	47,9	2 314,9
1980	803,9	90,0	89,7	10,0	893,6	1 011,2	52,1	928,6	47,9	1 939,8
1979	678,8	89,9	76,3	10,1	755,1	918,2	52,1	845,4	47,9	1 763,6
1978	573,0	89,4	68,2	10,6	641,2	822,2	52,0	759,6	48,0	1 581,8
1977	486,8	88,6	62,7	11,4	549,5	746,0	52,0	689,4	48,0	1 435,4
1976	447,5	88,1	60,6	11,9	508,1	667,1	51,9	617,7	48,1	1 284,8
1975	391,3	87,7	54,9	12,3	446,2	578,7	51,9	536,8	48,1	1 115,5
1974	341,3	85,5	58,1	14,5	399,4	498,0	52,0	459,5	48,0	957,5
1973	305,0	85,5	51,6	14,5	356,6	466,9	52,4	424,8	47,6	891,7
1972	279,9	84,3	52,3	15,7	332,2	421,1	52,6	379,9	47,4	801,0
1971	255,0	83,2	51,4	16,8	306,4	402,5	52,7	361,6	47,3	764,1
1970	210,1	83,7	40,8	16,3	250,9	368,7	52,8	329,4	47,2	698,1
1969	194,6	82,2	42,0	17,8	236,6	331,8	53,3	290,4	46,7	622,2
1968	183,4	82,2	39,6	17,8	223,0	297,3	53,3	260,5	46,7	557,8
1967	158,1	82,7	33,0	17,3	191,1	265,5	52,7	238,7	47,3	504,2
1966	152,9	82,1	33,4	17,9	186,3	232,0	52,1	213,5	47,9	445,5
1965	130,1	82,7	27,3	17,3	157,4	211,5	51,5	199,5	48,5	411,0
1964	119,9	81,1	28,0	18,9	147,9	178,6	50,2	177,0	49,8	355,6

Source : [a] IMS Canada [b] Santé et Bien-être Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-1982* et données révisées pour 1964-1969

La comparaison entre les ventes estimatives des fabricants aux pharmacies et les dépenses estimatives des consommateurs pour ces produits révèle que le coût total des ingrédients est inférieur à 45 pour cent de la valeur totale des produits vendus aux consommateurs. Le coût relatif de l'ensemble des ingrédients, qui semble diminuer légèrement depuis quelques années, semble avoir progressé un peu depuis 1965.

Valeur et accroissement relatifs des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments

L'information contenue au tableau 3.4 donne un aperçu général de l'importance relative des principaux éléments du secteur des soins de santé au Canada. La valeur relative des dépenses en médicaments—une combinaison de médicaments prescrits et non prescrits—serait inférieure à 10 pour cent de la totalité des dépenses dans le secteur des soins de santé depuis 1975; au cours des quinze années précédentes, les dépenses en médicaments ont atteint 13,2 pour cent de la totalité des dépenses pour des soins de santé. On semble toutefois assister à un renversement de cette tendance à la baisse des dépenses en médicaments par rapport à l'ensemble des dépenses. Depuis 1980, année où les valeurs les plus faibles ont été enregistrées (8,8 pour cent pour l'ensemble des médicaments prescrits et non prescrits), les dépenses en médicaments ont augmenté par rapport à la totalité des dépenses en soins de santé.

Les données sur les dépenses pour chacun des nombreux éléments distincts du secteur des soins de santé, exprimées en pourcentage du produit national brut canadien depuis 1960, permettent de tirer passablement les mêmes conclusions. Ces données du tableau A3.1 de l'annexe montrent que la taille globale du secteur des soins de santé au Canada est demeurée assez stable depuis 1970, sauf au cours de la dernière année où elle a semblé croître brusquement. Cela pourrait bien être le fait d'une diminution du produit national brut en général plutôt que d'une augmentation réelle substantielle des dépenses pour des soins de santé. La proportion du produit national brut consacrée aux médicaments prescrits et non prescrits est demeurée assez stable au cours des dix dernières années et plus.

Les données provinciales, présentées aux tableaux A3.2 à A3.5 de l'annexe, révèlent des variations assez importantes. Le pourcentage des dépenses totales consacrées à l'achat de médicaments prescrits varie entre 4,28 pour cent au Manitoba et 9,61 pour cent à Terre-Neuve. La moyenne canadienne s'établit à 5,77 pour cent. La tendance est passablement la même dans le cas des médicaments non prescrits. La Saskatchewan et les quatre provinces de l'Atlantique ont un niveau de dépenses relativement élevés. L'écart entre le minimum de 4,73 pour cent pour l'Alberta et le maximum de 9,56 pour cent pour Terre-Neuve est presque aussi grand que dans le cas des médicaments prescrits.

En outre, la valeur relative des dépenses en médicaments prescrits et non prescrits correspond assez bien à l'information existante sur les sommes

Tableau 3.4

Répartition des dépenses de santé nationales, en pourcentage : Canada, années choisies, 1960-1982

Élément	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Soins en institution :	43,9	47,9	52,2	56,1	56,6	55,8	55,5	55,2	55,0	55,3	55,1
Hôpitaux	41,6	45,3	45,0	46,9	46,4	44,6	43,7	43,3	42,8	41,6	41,4
Maisons de repos	2,3	2,5	7,2	9,2	10,2	11,2	11,7	12,0	12,2	13,7	13,7
Services professionnels :	25,5	24,1	22,5	21,7	21,2	21,6	21,9	22,2	22,1	21,8	21,8
Médecins	17,5	16,9	16,6	15,5	14,9	14,9	14,9	14,9	14,8	14,5	14,7
Dentistes	5,4	5,0	4,2	4,8	4,9	5,3	5,6	5,8	5,8	5,8	5,6
Autres	2,7	2,3	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6
Médicaments et appareils :	14,9	14,2	12,5	10,5	10,5	10,8	10,8	10,8	10,2	10,4	10,9
Médicaments prescrits	6,5	6,6	6,0	4,7	4,7	4,8	4,8	4,8	4,6	4,7	4,9
Médicaments non prescrits	6,7	6,4	5,3	4,3	4,4	4,4	4,4	4,4	4,2	4,3	4,5
Appareils	1,7	1,2	1,5	1,5	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,5
Total des soins de santé personnels :	84,3	86,2	87,2	88,3	88,3	88,2	88,2	88,2	87,3	87,5	87,8
Autres dépenses de santé :	15,7	13,8	12,8	11,7	11,7	11,8	11,8	11,8	12,7	12,5	12,2
Paiements préalables et administration	2,0	2,2	1,6	1,7	1,5	1,7	1,5	1,4	1,4	1,6	1,5
Santé publique	4,1	3,6	3,2	3,0	3,4	3,5	3,5	3,7	3,4	3,4	3,2
Autres services	0,5	0,4	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2
Recherche	0,5	0,8	1,1	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Dépenses en capital	8,7	6,8	5,8	4,9	4,6	4,3	4,5	4,3	5,5	5,2	5,3
Total des dépenses en soins de santé :	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Santé et Bien-être Canada, *Dépenses de santé nationales au Canada*, 1970-1982 et éditions précédentes

réellement dépensées par personne pour les deux catégories de médicament dans les provinces. Les tableaux 3.5 et 3.6 indiquent que le Québec, l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et la Colombie-Britannique affichent le plus faible niveau de dépenses par personne pour l'achat de médicaments prescrits et non prescrits. À l'autre extrême, on trouve les quatre provinces de l'Atlantique et la Saskatchewan. Comme l'indique le tableau 3.5, les sommes consacrées à l'achat de médicaments prescrits et non prescrits par personne en 1982 vont de 41,73 $ dans les Territoires à 45,40 $ au Manitoba et à 92,78 $ au Nouveau-Brunswick; la moyenne canadienne est de 59,75 $ par personne. Pour ce qui est des médicaments non prescrits (voir le tableau 3.6), l'écart entre le montant minimum et le montant maximum payé par personne est du même ordre. En 1982, les dépenses étaient les plus basses (48,67 $) en Alberta (avec 17,76 $ dans les Territoires) et les plus élevées en Nouvelle-Écosse avec 89,19 $. La même année, la moyenne nationale était de 55,06 $.

La valeur relative des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments au Canada peut être assez facilement comparée à celle observée aux États-Unis. Selon l'information contenue au tableau A3.4 de l'annexe, les dépenses en médicaments aux États-Unis ont diminué lentement par rapport aux dépenses globales pour les soins de santé au cours des treize dernières années. Alors qu'elles représentaient 10,7 pour cent de la totalité des dépenses en santé en 1970, elles ne représentaient plus que 6,9 pour cent en 1982 (contre 9,4 pour cent au Canada). Ces pourcentages s'appliquent aux dépenses en médicaments prescrits et non prescrits.

Les données du tableau A3.5 de l'annexe concernant les dépenses en médicaments prescrits et non prescrits, en pourcentage du produit national brut des États-Unis, décrivent une situation similaire tant pour la tendance que pour la valeur relative. Ici encore, la part des dépenses en médicaments en pourcentage du produit national brut a diminué au cours des treize dernières années, passant de 0,81 pour cent en 1970 à 0,73 pour cent en 1982. Ce dernier pourcentage du PNB américain peut être comparé directement au 0,8 pour cent du PNB canadien pour la même année. Le produit national brut par habitant étant un peu plus élevé aux États-Unis qu'au Canada, les données ci-dessus signifient probablement que les dépenses des deux pays en médicaments prescrits et non prescrits sont assez comparables.

En 1982, le montant dépensé par habitant pour des médicaments aux États-Unis était de 94,83 $, comme l'indique le tableau A3.6. Au Canada, ce montant était de 104,81 $ can. Étant donné le taux de change actuel et le fait que l'information facilement accessible sur les États-Unis portait sur une catégorie un peu plus vaste de médicaments et d'articles médicaux divers, les dépenses par habitant aux États-Unis et au Canada sont probablement assez comparables.

Il est possible de faire des comparaisons avec d'autres pays du monde à l'aide des données du tableau 3.7 sur les dépenses en médicaments par habitant. Ces données, qui portent sur les produits d'ordonnance et qui ont été réunies par la maison de courtage deZote and Bevan du Royaume-Uni,

Tableau 3.5

Dépenses pour des soins de santé, médicaments d'ordonnance
(dollars par habitant)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Terre-Neuve	12,10	12,30	12,30	14,60	16,20	22,10	33,30	46,80	53,70	57,50	63,30	77,90	89,70
Î.-P.-É.	15,80	15,90	18,30	22,30	22,60	22,70	19,50	18,30	25,00	32,10	39,40	53,80	72,80
Nouvelle-Écosse	12,90	15,60	17,40	20,30	20,80	24,40	28,40	35,00	44,00	53,90	60,70	72,30	90,30
Nouveau-Brunswick	20,00	22,40	22,20	26,00	23,10	19,80	23,70	30,60	33,10	41,70	52,70	74,00	92,80
Québec	15,90	17,50	18,70	20,20	20,40	20,50	21,40	23,50	24,10	26,00	27,30	37,60	53,40
Ontario	18,20	19,10	20,10	21,70	23,70	29,40	34,60	37,70	42,50	45,30	46,60	48,90	56,50
Manitoba	18,11	18,29	17,91	18,72	19,69	21,98	22,70	23,93	24,87	29,33	35,53	41,82	45,40
Saskatchewan	15,36	16,16	16,42	17,61	20,12	30,65	33,95	34,49	35,29	35,26	38,35	61,04	71,24
Alberta	18,58	19,52	19,49	21,88	23,77	25,02	27,65	29,81	31,42	35,92	40,40	46,73	54,80
Colombie-Britannique	19,71	22,41	21,43	24,00	24,78	27,58	32,30	35,88	37,56	45,90	54,95	60,98	66,20
Territoires	17,08	19,46	18,61	20,82	17,69	20,26	23,41	19,15	18,29	18,75	24,11	35,35	41,73
Canada	17,29	18,64	19,30	21,15	22,24	25,46	28,98	32,02	34,94	38,63	42,01	49,46	59,75

Source : Santé et Bien-être social Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82*

Tableau 3.6

Dépenses pour des soins de santé, médicaments non prescrits
(dollars par habitant)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Terre-Neuve	11,14	11,39	11,52	14,23	16,10	21,96	33,06	46,44	53,34	57,04	62,81	77,33	89,05
Î.-P.-É.	18,42	18,36	19,47	21,48	21,51	21,60	18,56	17,43	23,74	30,52	37,47	51,16	69,25
Nouvelle-Écosse	12,98	15,57	17,31	20,05	20,54	24,09	28,09	34,62	43,51	53,27	60,00	71,39	89,19
Nouveau-Brunswick	12,31	13,97	13,80	16,34	14,42	12,41	14,84	19,12	20,69	26,06	32,93	46,28	58,02
Québec	14,05	15,79	17,18	18,94	19,13	19,25	20,09	22,06	22,67	24,41	25,67	35,30	50,21
Ontario	16,88	17,70	18,55	19,98	21,67	26,95	31,72	34,49	38,94	41,45	42,68	44,84	51,76
Manitoba	18,76	19,29	18,49	20,39	22,76	25,41	26,25	27,67	28,76	33,92	41,08	48,35	52,50
Saskatchewan	11,12	13,02	13,34	16,60	24,17	36,82	40,79	41,44	42,40	42,36	46,08	73,34	85,59
Alberta	15,70	16,70	16,71	19,16	21,11	22,22	24,56	26,48	27,91	31,90	35,89	41,51	48,67
Colombie-Britannique	17,43	19,12	18,37	19,97	20,36	22,66	26,53	29,48	30,85	37,71	45,14	50,09	54,39
Territoires	7,82	8,36	7,94	8,46	7,54	8,63	9,97	8,15	7,79	7,98	10,27	15,05	17,76
Canada	15,45	16,75	17,41	19,24	20,52	23,62	26,83	29,60	32,27	35,57	38,58	45,55	55,06

Source : Santé et Bien-être social Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82*

Tableau 3.7
Dépenses en médicaments par habitant et en pourcentage du PNB : pays choisis, 1982

Marché	March./ Méd.[a] (milliards $)	Dép. par[b] hab. ($)	PNB (milliards $)	March./ Méd.[c] % du PNB
Amérique du Nord				
É.-U.	15 000	66,70	3 025	0,50
Canada	1 500	62,50	291	0,51
	16 500	**66,25**	—	—
Europe				
Allemagne de l'Ouest	5 500	89,45	660	0,83
France	4 500	83,35	539	0,83
Italie	2 600	45,60	345	0,75
R.-U.	2 500	44,60	471	0,53
Espagne	1 400	36,85	179	0,78
Bénélux	1 000	40,80	224	0,45
Scandinavie	900	40,90	259	0,35
Autriche	350	46,70	67	0,52
Suisse	500	76,90	96	0,52
Portugal	200	20,00	23	0,87
Autres	550	42,30	n.d.	n.d.
	20 000	**57,00**	—	—
Asie et Australie				
Japon	10 000	84,00	1 100	0,91
Inde	800	1,15	163	0,49
Australie	600	40,00	158	0,38
Corée du Sud	500	12,80	57	0,88
Pakistan	350	4,15	26	1,35
Indonésie	300	2,00	65	0,46
Singapour/Malaisie	300	17,65	30	1,00
Hong Kong	150	30,00	20	0,75
Autres	1 000	3,15	n.d.	n.d.
	14 000	**10,00**	—	—
Afrique et Moyen-Orient				
Moyen-Orient	2 500	29,75	285	0,88
Afrique du Sud	700	23,35	80	0,87
Nigéria	400	4,80	55	0,73
Ailleurs en Afrique	900	6,00	n.d.	n.d.
	4 500	**4,30**	—	—
Amérique Latine				
Brésil	1 500	12,20	275	0,55
Mexique	1 300	17,95	149	0,87
Argentine	550	20,15	30	1,83
Colombie	400	15,40	30	1,33
Venezuela	350	24,20	65	0,54
Pérou	180	10,60	15	1,20
Amérique Centrale	370	18,50	n.d.	n.d.
Autres	350	17,50	n.d.	n.d.
	5 000	**15,60**	—	—

[a] Marché des médicaments aux prix de vente du fabriquant

[b] Dépenses en médicaments par habitant

[c] Pourcentage du marché des médicaments par rapport au PNB

Source : de Zoete et Bevan Brokers, Royaume-Uni, tel que publié dans *Scrip*, N° 844 (7 novembre 1983), p. 13

proviennent de plusieurs sources. Malgré les difficultés prévues lors du choix d'un taux de change approprié, de définitions analogues des prix des fabricants et de renseignements pour étayer des définitions, ainsi que de l'obtention de données suffisantes sur les ventes aux hôpitaux, on croit que les estimations présentées sont passablement comparables.

L'information contenue au tableau 3.7 confirme le fait que les dépenses au Canada et aux États-Unis sont à peu près analogues, en ce qui concerne tant les dépenses par habitant que les dépenses exprimées en pourcentage du produit national brut.

De façon générale, les dépenses en dollars par habitant au Canada sont plus élevées que dans les pays européens, sauf en Allemagne de l'Ouest, en France et en Suisse, où les dépenses semblent sensiblement plus élevées qu'au Canada. Cependant, les dépenses en produits d'ordonnance exprimées en pourcentage du PNB semblent en général moins élevées au Canada que dans les nombreux pays européens étudiés. C'est seulement dans les pays membres du Benelux et en Scandinavie qu'un plus faible pourcentage du produit national brut est consacré à l'achat de produits d'ordonnance.

Protection de la population par une assurance-médicaments à tiers payant

Les données sur la protection accordée à la population canadienne par des régimes d'assurance-médicaments à tiers payant doivent être tirées de diverses sources. Il semble qu'environ 85 pour cent de la population bénéficient actuellement de la protection d'un régime quelconque. De façon générale, les personnes âgées de 65 ans et plus et celles qui reçoivent des prestations d'aide sociale bénéficient du régime d'assurance-médicaments de leur province. De plus, trois provinces ont mis sur pied un régime d'assurance-médicaments universel financé par le gouvernement pour l'ensemble de la population.

Dans les sept autres provinces, un nombre considérable de personnes bénéficient d'un régime privé d'assurance à tiers payant qui couvre les médicaments prescrits et, dans certains cas, une proportion élevée de médicaments non prescrits.

Il y a une autre façon d'évaluer la part des dépenses en produits de ce type qui demeure à la charge directe des particuliers; c'est d'examiner les données du tableau 3.8 sur les dépenses des ménages en produits pharmaceutiques par rapport à la totalité des dépenses estimatives par habitant au Canada. Les chiffres fournis excluent tous les paiements reçus en vertu d'une assurance à tiers payant gouvernementale ou privée. Ces données sont tirées d'une série d'enquêtes sur les dépenses nationales menées au cours des quinze dernières années environ, la plus récente remontant à 1982.

Les données sur les dépenses faites hors du cadre d'un régime à tiers payant peuvent donc être comparées aux données sur les dépenses estimatives par habitant pour des médicaments prescrits et non prescrits dont on a parlé

Tableau 3.8

Estimation des dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments faites directement par les consommateurs : Canada, années choisies, 1967-1982

Année	Ventes totales et dépenses estimatives par habitant			Dépenses estimatives en médicaments faites directement par les gens (sans tiers payant), par habitant					
	Prescrits $	Non prescrits $	Tous méd. $	Prescrits $	%	Non prescrits $	%	Total $	%
1982	59,75	55,06	114,81	23,66	39,6	13,86	25,2	37,50	32,7
1978	34,94	32,27	67,21	15,75	45,1	6,62	20,5	22,32	33,2
1976[a]	28,98	26,83	55,81	13,50	46,6	5,80	21,6	19,30	34,6
1974[b]	22,24	20,52	42,76	14,63	65,8	5,74	28,0	20,37	47,6
1972	19,30	17,41	36,71	15,12	78,3	4,98	28,6	20,10	54,8
1969	15,94[c]	13,94[c]	29,87	14,30	89,7	4,72	33,6	19,02	63,7
1967	13,0[c]	11,5[c]	24,47	13,03	100,0	4,45	38,5	17,48	71,4

[a] Huit villes

[b] Quatorze villes

[c] Ces valeurs sont extropolées à partir des dépenses par habitant au 1965-1970 en appliquant le taux de croissance du total des dépenses moins le taux de croissance pour la période visée

Source : Statistique Canada, *Family Expenditures on Canada*, années choisies; et santé et Bien-être Social Canada, *National Health Expenditures in Canada*, 1970-82

plus haut et qui sont fournies, pour certaines années, au tableau 3.8. Le pourcentage du total des dépenses en médicaments assumées directement par les particuliers diminue au cours de la période durant laquelle les enquêtes ont été effectuées. Quelque 36 pour cent de toutes les dépenses en médicaments prescrits et non prescrits semblent être assumés directement par les particuliers sans l'aide du gouvernement ni d'une compagnie d'assurances. Le pourcentage est un peu plus élevé, un peu moins de 40 pour cent, dans le cas des médicaments prescrits et un peu moins élevé, un peu plus de 25 pour cent, dans le cas des médicaments non prescrits. Ces dépenses s'appliquent à des médicaments utilisés en dehors du milieu hospitalier.

La part relativement importante en apparence des dépenses en médicaments prescrits qui semble être assumée directement par les particuliers s'explique par les particularités de plusieurs des régimes d'assurance privés et de certains régimes gouvernementaux, qui sont du type «risque majeur» et qui supposent donc une participation financière substantielle de la part du consommateur ou du malade ou l'existence d'une franchise quelconque.

Fait intéressant, il semble qu'une proportion à peu près semblable de la population bénéficie d'une couverture combinée d'assurance-médicaments privée et gouvernementale aux États-Unis où la proportion est d'environ 60 pour cent. Un autre 15 pour cent de la population bénéficie de *Medicare* et un autre 8,5 pour cent environ de *Medicaid*. Le nombre total d'Américains couverts par une assurance à tiers payant quelconque correspond à peu près à la proportion des Canadiens dans la même situation.

La situation est à peu près la même dans d'autres pays industrialisés où un fort pourcentage de la population est couvert par un régime d'assurance-médicaments financé par l'État ou sans but lucratif. Dans la plupart de ces pays cependant, l'assuré est sujet à une franchise et (ou) doit verser une certaine somme à l'achat de médicaments prescrits ou non prescrits.

Les données du tableau A3.7 de l'annexe sur la valeur des dépenses en produits pharmaceutiques au Royaume-Uni au cours des dix dernières années révèlent que ces dépenses sont sensiblement comparables aux dépenses enregistrées au Canada. Elles ont varié de 7,8 pour cent de la totalité des dépenses en vertu du *National Health Service* en 1976-1977 à 9,1 pour cent en 1978-1979. De façon générale, cependant, elles représentent un peu plus de 8 pour cent de toutes les dépenses en vertu du *National Health Service*.

Les données disponibles pour l'Angleterre présentées au tableau A3.7 indiquent une croissance régulière de la proportion de médicaments délivrés sur ordonnance et sans frais aux Anglais. Alors qu'en 1969 environ la moitié des médicaments prescrits étaient fournis gratuitement, la proportion avait atteint presque 75 pour cent en 1981. Quant aux autres médicaments, les Anglais doivent débourser une somme de une livre soixante par ordonnance pour les obtenir. En dépit des modifications apportées à la liste des médicaments prescrits distribués gratuitement, le nombre moyen d'ordonnances par personne, en Angleterre, n'a pas beaucoup varié depuis 1969, comme l'indique

le tableau A3.7. En 1969, les Anglais recevaient en moyenne 5,5 ordonnances chacun; bien que ce nombre soit passé à 6,51 ordonnances par personne en 1981, l'augmentation est beaucoup moindre que l'accroissement de 50 pour cent du nombre des médicaments prescrits sans frais pour le consommateur.

L'analyse de la situation dans plusieurs pays européens donnerait sensiblement les mêmes résultats. Une étude particulièrement intéressante sur l'influence de la modification des frais assumés entièrement par les malades sur la consommation de médicaments vient d'être achevée en Suède (voir le tableau A3.8). Brièvement, les Suédois paient 16,8 pour cent du coût total des médicaments délivrés sur ordonnance, par rapport à 18,1 pour cent en 1982 et à 22,1 pour cent en 1981. Cette tendance assez régulière depuis 1981 est liée au système de remboursement instauré en Suède cette année-là. En vertu de ce système, la plupart des malades ne paient pas plus qu'une somme maximale par ordonnance. Par ailleurs, les malades chroniques reçoivent gratuitement leurs médicaments prescrits. L'étude en question a nécessité l'analyse des variations, depuis 1975, du pourcentage du coût total des médicaments payé par les malades et de la consommation de médicaments. Les variations de la part du coût des médicaments assumée par les malades correspondent presque toujours à une variation en sens opposé du niveau de consommation de médicaments.[1]

Profils de consommation des produits pharmaceutiques

Cette section traite de plusieurs caractéristiques de la consommation de produits pharmaceutiques, en commençant par les tendances selon l'âge et le sexe. Ensuite, il est question de la variation de la répartition selon l'âge de la population et de l'influence de ces variations sur les tendances en matière de consommation de produits pharmaceutiques.

En troisième lieu, l'attention se porte sur le nombre des principaux agents économiques, à savoir les médecins qui prescrivent les médicaments et les pharmaciens qui influent considérablement sur la consommation de produits pharmaceutiques et de médicaments. Enfin, il est question du nombre d'ordonnances rédigées par visite à un médecin.

Une sous-section traite aussi des données sur l'usage de produits pharmaceutiques et de médicaments selon les nombreuses maladies diagnostiquées.

Consommation de médicaments selon l'âge et le sexe

L'information contenue au tableau 3.9 sur la consommation de médicaments selon l'âge et le sexe nous montre qu'il existe un rapport très étroit entre l'âge et la consommation de médicaments. Les individus de moins de 5 ans et de plus de 65 ans sont de loin les plus grands consommateurs de produits

[1] *Scrip*, n° 924 (20 août 1984), p. 6

Tableau 3.9

Variétés de médicaments absorbés par la population, selon l'âge et le sexe : Canada, 1978-1979

		Total	Aucun médicament	Un type de méd.	Deux types de méd.	Trois types de méd.
Tous âges						
Des deux sexes	N[bre]	23 023	12 002	6 740	2 769	1 512
	%	100,0	52,1	29,3	12,0	6,6
Masculin	N[bre]	11 417	6 759	3 081	1 100	476
	%	100,0	59,2	27,0	9,6	4,2
Féminin	N[bre]	11 606	5 243	3 659	1 669	1 035
	%	100,0	45,2	31,5	14,4	8,9
Moins de 5						
Masculin	N[bre]	880	370	314	147	49
	%	100,0	42,0	35,7	16,7	5,6
Féminin	N[bre]	838	336	350	110	42
	%	100,0	40,1	41,7	13,2	5,0
5 à 9						
Masculin	N[bre]	914	516	295	70	33
	%	100,0	56,5	32,3	7,6	3,6
Féminin	N[bre]	868	519	256	71	22
	%	100,0	59,8	29,4	8,2	2,5
10 à 14						
Masculin	N[bre]	1 038	690	272	58	19
	%	100,0	66,4	26,2	5,6	1,8
Féminin	N[bre]	992	622	275	71	24
	%	100,0	62,7	27,7	7,2	2,5
15 à 19						
Masculin	N[bre]	1 187	848	257	60	23
	%	100,0	71,4	21,7	5,0	1,9
Féminin	N[bre]	1 146	696	305	117	28
	%	100,0	60,7	26,6	10,2	2,4
20 à 24						
Masculin	N[bre]	1 106	790	231	62	23
	%	100,0	71,4	20,9	5,6	2,1
Féminin	N[bre]	1 108	551	350	153	55
	%	100,0	49,7	31,6	13,8	4,9
25 à 44						
Masculin	N[bre]	3 230	2 131	788	241	70
	%	100,0	66,0	24,4	7,5	2,2
Féminin	N[bre]	3 242	1 509	1 038	465	230
	%	100,0	46,5	32,0	14,3	7,1
45 à 64						
Masculin	N[bre]	2 174	1 117	640	274	143
	%	100,0	51,4	29,5	12,6	6,6
Féminin	N[bre]	2 279	751	751	426	352
	%	100,0	32,9	32,9	18,7	15,4
65 et plus						
Masculin	N[bre]	887	298	284	188	117
	%	100,0	33,6	32,0	21,2	13,1
Féminin	N[bre]	1 132	260	335	255	283
	%	100,0	23,0	29,6	22,5	25,0

Remarque : Population exprimée en milliers d'habitants

Source : Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens : Rapport de l'enquête Santé Canada* (N° 82-538F au catalogue), p. 180

pharmaceutiques et de médicaments. Par exemple, 58 pour cent des garçons et 59,9 pour cent des filles de moins de 5 ans avaient pris un médicament au cours d'une période de deux jours, et 66,4 pour cent des hommes et 77 pour cent des femmes de 65 ans et plus avaient consommé au moins un médicament durant la même période.

Le tableau 3.9 renseigne très clairement sur la consommation de plus d'un médicament par personne. Par exemple, chez les 65 ans et plus, 13,1 pour cent des hommes et 25,0 pour cent des femmes avaient pris trois médicaments ou plus au cours de la période d'étude de deux jours. Pour la population tout entière, les chiffres correspondant sont 4,2 pour cent chez les personnes de sexe masculin et 8,9 pour cent chez les personnes de sexe féminin. On constate encore une fois que les personnes de 65 ans et plus font une consommation particulièrement importante de médicaments.

Les données du tableau 3.9 permettent aussi de constater que la consommation de médicaments diffère selon le sexe. Par exemple, tandis que quelque 40,8 pour cent des sujets du sexe masculin avaient pris un médicament ou plus au cours de la période de deux jours, chez les sujets du sexe féminin, la proportion était de 54,8 pour cent. De façon générale, les personnes du sexe féminin consomment plus de médicaments que les personnes du sexe masculin.

La figure 3.1 montre le rapport qui existe entre la consommation de médicaments, l'âge, le sexe et le type de médicament consommé. Encore là, il est évident que les personnes du sexe féminin font une consommation plus forte que les personnes du sexe masculin de chacune des nombreuses catégories de médicament mentionnées et que les personnes de 65 ans et plus, hommes ou femmes, consomment beaucoup de médicaments.

La figure 3.1 montre bien, en outre, l'évolution des combinaisons de médicaments pris par les divers groupes d'âge. Par exemple, les vitamines semblent très utilisées par tous les groupes d'âge. Cependant, chez les personnes de 65 ans et plus, elles viennent en second après les médicaments contre la maladie cardio-vasculaire et l'hypertension. De même, les analgésiques se classent parmi les trois catégories de médicaments les plus utilisées par tous les groupes d'âge. Par contre, les remèdes contre le rhume, qui occupent le second rang chez les enfants de 0 à 14 ans, n'occupent que la huitième place chez les 65 ans et plus. Chez tous les groupes d'âge combinés, les vitamines et les analgésiques sont de loin les produits pharmaceutiques les plus couramment utilisés.[2]

Le tableau 3.10 nous renseigne sur la mesure dans laquelle divers types de produits pharmaceutiques ont été pris sur la recommandation d'un médecin. Les vitamines, qui constituent le type de produit pharmaceutique que le plus de gens utilisent, n'ont pas été recommandées par un médecin dans la majorité des

[2] Le tableau A3.9 de l'annexe contient des données détaillées sur la répartition procentuelle des consommateurs de médicaments prescrits selon l'âge et selon la catégorie thérapeutique de produits pharmaceutiques et de médicaments.

Figure 3.1

Proportion de la population consommant des médicaments, par catégorie de médicaments et selon le sexe, pour divers groupes d'âge : Canada, 1978-1979

Source : Statistique Canada. *La santé des Canadiens : Rapport de l'enquête Santé Canada* (N° 82-538F au catalogue), p. 166

cas. Quelque 73,1 pour cent des hommes et environ 63 pour cent des femmes qui prennent des vitamines le font de leur propre chef. En ce qui a trait aux analgésiques, médicaments les plus couramment utilisés après les vitamines, la situation est la même : 73,2 pour cent des hommes et 70,5 pour cent des femmes qui en prennent le font sans avis du médecin. Pour ce qui est des médicaments qui se classent au troisième rang selon le pourcentage de gens qui

Tableau 3.10

Population utilisant des médicament sur l'avis d'un médecin, par catégorie de médicaments et selon le sexe : Canada, 1978-1979

Catégorie de médicaments		Avis d'un médecin			
		Total	Aucun médicament sur avis	Au moins un médicament sur avis	Inconnu
Analgésiques					
Hommes	No.	1 180	864	306	
	%	100,0	73,2	25,9	
Femmes	No.	1 958	1 380	569	
	%	100,0	70,5	29,0	
Tranquilisants ou sommifères					
Hommes	No.	347	8	337	—
	%	100,0	2,4	97,0	—
Femmes	No.	749	16	732	7
	%	100,0	2,13	97,6	,34
Pour le cœur ou l'hypertension					
Hommes	No.	614	—	608	2
	%	100,0	—	98,9	,47
Femmes	No.	950	—	946	2
	%	100,0	—	99,6	,20
Antibiotiques					
Homme	No.	264	—	259	—
	%	100,0	—	98,0	—
Femmes	No.	347	3	343	—
	%	100,0	,78	98,9	—
Troubles gastriques					
Hommes	No.	332	144	186	—
	%	100,0	43,2	56,0	—
Femmes	No.	372	126	242	—
	%	100,0	33,9	64,9	—
Laxatifs					
Hommes	No.	154	72	82	—
	%	100,0	46,9	52,9	—
Femmes	No.	369	184	183	—
	%	100,0	50,0	49,7	—
Pour le rhume					
Hommes	No.	655	416	238	—
	%	100,0	63,4	36,3	—
Femmes	No.	743	458	282	—
	%	100,0	61,7	38,0	—
Onguents cutanés					
Hommes	No.	481	168	309	—
	%	100,0	35,0	64,1	—
Femmes	No.	756	227	523	—
	%	100,0	30,0	69,2	—
Vitamines					
Hommes	No.	2 156	1 576	570	9
	%	100,0	73,1	26,4	,43
Femmes	No.	2 804	1 768	1 027	—
	%	100,0	63,0	36,6	—
Autres médicaments					
Hommes	No.	529	25	498	—
	%	100,0	4,7	94,1	—
Femmes	No.	1 064	31	1 028	—
	%	100,0	3,0	96,5	—

Remarque : La population est exprimée en milliers.

Source : Santé et Bien-être Social Canada, *La santé des Canadiens : Rapport de l'enquête Santé Canada* (Catalogue 82-538F)

en prennent, à savoir les médicaments contre la maladie cardio-vasculaire ou l'hypertension, on se trouve devant la situation inverse. Presque toutes les personnes qui prennent ces médicaments le font sur la recommandation de leur médecin. Il en est de même pour les antibiotiques.

Les données sur la consommation de produits pharmaceutiques selon qu'elle est recommandée ou non par un médecin sont, de toute évidence, liées très étroitement à la classification des produits en question : délivrés uniquement sur ordonnance ou non prescrits. Il faut donc interpréter ces données à la lumière des renseignements fournis plus haut sur les dépenses globales en médicaments prescrits et non prescrits.

Les données présentées ci-dessus sur les tendances des Canadiens en matière de consommation de produits pharmaceutiques et de médicaments selon l'âge et le sexe sont comparables aux profils de consommation dans d'autres pays. Par exemple, les chiffres présentés au tableau 3.11 sur le nombre

Tableau 3.11

Nombre d'ordonnances par tranches de 1 000 patients par année, selon l'âge et le type de médicament : États-Unis

Partie I : Drogues cardiovasculaires

Ordonnances[a] par tranche de 1 000 patients par année

Catégorie/Groupes d'âge	0-44	45-54	55-64	65-74	75+
Beta-blockers	53	415	676	800	638
Diurétiques thiazides	36	295	496	679	693
Digitale	6	56	191	521	1 071
Diurétiques cons. pot.	31	281	460	628	774
Autres diurétiques oraux	15	106	249	521	880
Autres antihypertenseurs	18	194	371	495	501
Nitrites/Nitrates	7	140	348	589	739

Partie II : Autres drogues

Ordonnances[a] par tranche de 1 000 patients par année

Catégorie/Groupes d'âge	0-44	45-54	55-64	65-74	75+
Antiarthritiques	113	419	590	747	785
Benzodiazépines	144	491	488	494	420
Antidiabétiques	7	98	201	340	327
Codéines oraux et comb.	199	371	411	407	368
Corticostiéroïdes oraux	42	86	111	156	132
Bronchodilateurs	60	87	170	276	231
Prép. d'insuline	14	63	112	164	113
Antidépresseurs tricycliques	54	160	145	136	114

[a] Délivrées par les pharmacies de détail

Source : FDA, État-Unis tel que publié dans *Scrip*, nº 880 (19 mars 1984), p. 13

d'ordonnances par année et par millier de malades aux États-Unis montrent qu'il existe un lien extrêmement étroit entre l'âge et la consommation de médicaments, qu'il s'agisse des médicaments contre la maladie cardio-vasculaire mentionnés à la partie I du tableau ou des autres grandes catégories de médicaments décrites à la partie II. Fait intéressant cependant, ce lien entre la consommation de médicaments et l'âge ne semble pas aussi fort chez les 65 ans et plus que chez les moins de 65 ans. En fait, la consommation de plusieurs types de médicaments—en particulier s'il ne s'agit pas de médicaments contre la maladie cardio-vasculaire—chez les 75 ans et plus semble moins forte que chez les 65 à 74 ans. Cette information s'accorde avec le fait qu'il est possible que les personnes de 75 ans et plus comptent parmi les personnes les plus en santé et les mieux dotées sur le plan héréditaire.

Répartition par âge de la population

Maintenant qu'un lien très étroit entre l'âge et la consommation de médicaments a été établi, il serait intéressant d'examiner les variations du pourcentage chez les gens de plus de 65 ans, puisque cela aidera à expliquer les variations dans la consommation de médicaments dans un pays au cours d'une certaine période entre plusieurs pays à un moment donné. Les données présentées au tableau 3.12 montrent clairement qu'au Canada le nombre absolu des gens âgés de 65 ans et plus et l'importance relative de cette population vont croissant. Cependant, la croissance de ce groupe d'âge au cours des dix dernières années environ a été relativement faible par rapport à l'accroissement qui devrait se produire au cours des vingt ou trente prochaines années. Étant donné le lien étroit qui existe entre la consommation de médicaments et la taille de la population des 65 ans et plus, il est clair que l'ensemble du marché des médicaments prescrits et non prescrits au Canada va augmenter, et probablement à un rythme assez rapide.

Les changements prévus dans la répartition par âge de la population canadienne sont étroitement liés au nombre estimatif d'immigrants qui entreront au Canada au cours des vingt ou trente prochaines années. Si le taux d'immigration n'augmente pas de façon marquée, le vieillissement lent mais inexorable des personnes nées durant la période d'explosion démographique de l'après-guerre, entre 1947 et 1962, va entraîner une brusque augmentation de la demande en produits pharmaceutiques et en médicaments par personne.

Puisque les États-Unis ont eux aussi connu une période d'explosion démographique après la Seconde guerre mondiale, la répartition par âge de la population américaine ressemble à celle de la population canadienne, sauf que cette période d'explosion démographique a pris fin deux ou trois ans plus tôt aux États-Unis. Il n'est donc pas hors de propos de mentionner qu'aux États-Unis le pourcentage de la population des 65 ans et plus est actuellement de près de deux points plus élevé qu'au Canada. Cependant, aux États-Unis tout comme au Canada, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus croît régulièrement.

Tableau 3.12

Population de 65 ans et plus — nombre (milliers) et pourcentage du total : Canada et pays choisis, 1970 et 1980 et projections pour 1990, 2000 et 2010

Pays		1970	1980	1990	2000	2010
Canada	Nbre	1 683	2 184	2 773	3 280	3 775
	%	7,9	8,9	9,8	10,4	11,4
	Indice	77,1	100,0	127,0	150,2	172,9
États-Unis	Nbre	20 107	25 714	31 799	35 036	n.a.
	%	9,8	11,3	12,7	13,1	n.a.
	Indice	78,2	100,0	127,7	136,3	n.a.
Japon	Nbre	7 371	10 345	13 473	18 798	23 077
	%	7,1	8,9	10,9	14,9	17,4
	Indice	71,3	100,0	130,3	181,8	223,2
France	Nbre	6 522	7 347	7 255	8 205	8 195
	%	12,9	13,7	13,2	14,6	14,4
	Indice	88,8	100,0	98,7	111,7	111,5
Allemagne	Nbre	8 003	9 165	8 425	9 082	10 625
	%	13,2	15,0	14,1	15,4	18,7
	Indice	87,3	100,0	91,9	99,1	115,9
Suède	Nbre	1 099	1 339	1 438	1 351	1 423
	%	13,7	16,2	17,5	16,7	18,0
	Indice	82,1	100,0	107,4	100,9	106,3
R.-U.	Nbre	7 178	8 302	8 618	8 468	8 516
	%	12,9	14,9	15,5	15,3	15,6
	Indice	86,5	100,0	103,8	102,0	102,6
Europe	Nbre	52 414	62 960	65 658	74 454	79 309
	%	11,4	13,0	13,2	14,5	15,3
	Indice	83,2	100,0	104,3	118,2	125,9
Monde	Nbre	202 650	259 453	316 514	402 823	491 782
	%	5,5	5,9	6,0	6,6	7,0
	Indice	78,1	100,0	122,0	155,2	189,5

Source : Nations Unies, *Demographic Indicators of Countries: Estimates and Projections as Assessed in 1980* (New York : Nations Unies, 1982)

Les projections concernant l'évolution de la population de 65 ans et plus d'ici la fin du siècle aux États-Unis sont passablement comparables aux projections pour le Canada.

Les données sur plusieurs pays européens révèle une situation bien différente. Au Royaume-Uni, par exemple, la proportion de personnes de 65 ans et plus a été considérablement plus élevé pendant une bonne partie des dix dernières années, comme l'indique le tableau 3.12. Cette proportion va croissant, puisqu'elle est passée de 12,9 pour cent en 1970 à 14,9 pour cent en 1980.

En outre, les projections concernant l'évolution de la population des 65 ans et plus au Royaume-Uni révèlent une tendance différente de celle qui est observée pour le Canada et les États-Unis. Il semble que la taille relative de la population des 65 ans et plus soit assez stable et qu'elle demeurera aux environs de 15,5 pour cent pendant au moins les trente prochaines années.

Des données analogues à celles qui sont présentées pour des pays individuels ont été recueillies pour le monde entier au tableau 3.12. Les projections concernant l'évolution de la population mondiale des 65 ans et plus jusqu'à la fin du siècle révèlent une tendance semblable à celle du Canada et des États-Unis. La proportion actuelle de personnes de 65 ans et plus qui est de 5,8 pour cent devrait croître lentement pour atteindre 6,65 pour cent à la fin du siècle. En conséquence, étant donné le lien très étroit qui existe entre l'âge et la consommation de médicaments, la demande mondiale en produits pharmaceutiques et en médicaments est susceptible de connaître une croissance encore plus importante.

L'évolution de la taille relative de la population des 65 ans et plus jouera vraisemblablement un rôle déterminant dans la variation de la demande globale de produits pharmaceutiques et de médicaments dans les divers pays. De même, elle est vraisemblablement un important facteur explicatif des différences qui existent entre les pays au niveau de la consommation de médicaments. Par exemple, la consommation relativement forte de produits pharmaceutiques et de médicaments dans plusieurs pays européens par rapport au Canada, comme l'indique le tableau 3.7 ci-dessus, s'explique probablement en partie par la taille relativement plus grande de la population des 65 ans et plus dans ces pays. Alors que celle-ci représente actuellement moins de 10 pour cent de la population totale au Canada, la proportion est de 15 pour cent ou plus dans des pays comme l'Angleterre, l'Allemagne de l'Ouest, la Suède et la Suisse.

Principaux agents économiques du côté de la demande

Il est clair que d'autres agents économiques que le consommateur ou le malade ont une influence directe sur la consommation de produits pharmaceutiques et de médicaments. Cela est particulièrement vrai dans le cas des médicaments délivrés sur ordonnance. Même dans le cas des médicaments non prescrits, il y a d'assez fortes chances pour qu'un médecin ou un pharmacien influence le consommateur ou le malade.

Il existe un rapport assez étroit entre la consommation de médicaments prescrits et les visites à un médecin. Pour ce qui est des visites à un médecin en dehors du milieu hospitalier, les données pour les États-Unis indiquent que pour chaque visite faite à un médecin, il y a, en moyenne, rédaction d'au moins une ordonnance. Ces données, classées selon l'âge et le sexe des malades aux États-Unis, sont présentées au tableau 3.13 pour l'année 1980. Sans trop chercher à savoir si la demande de visites à un médecin vient du malade ou consommateur ou si elle vient des médecins, il est probable que ce dernier

Tableau 3.13

Tendances dans la consommation de médicaments prescrits, selon l'âge et le sexe, pour des soins de santé hors des hôpitaux : États-Unis, 1980

	% de toutes les ordonnances	Ordonnances/ visite	Ordonnances/ pers./an
Sexe du patient			
Masculin	40	1,09	3,26
Féminin	60	1,09	4,49
Âge du patient			
0 - 2	5	0,83	4,92
3 - 9	5	0,89	2,09
10 - 19	7	0,82	1,70
20 - 39	22	0,89	2,78
40 - 59	22	1,14	4,52
60 - 64	8	1,32	7,02
65+	31	1,46	11,08

Source : *Scrip*, N° 794 (16 mai 1983), p. 15

facteur ne soit pas négligeable dans le nombre de visites enregistré. En conséquence, étant donné qu'une visite signifie au moins une ordonnance, il vaut la peine de mentionner que, par rapport à la population canadienne, le nombre des médecins augmente lentement mais régulièrement depuis 1967, comme le montrent les données présentées au tableau 3.14. Il y a croissance similaire du nombre relatif de pharmaciens.

À l'heure actuelle, rien n'indique clairement que le nombre de médecins ou de pharmaciens diminuera par rapport à l'accroissement prévu de la population. Il semble donc clair que les variations de la demande sous-jacente réelle de produits pharmaceutiques et de médicaments liées à l'état de santé de la population canadienne et, en particulier, à la répartition par âge de cette population, ne seront pas limitées par une diminution du nombre des médecins qui prescrivent les médicaments, et de pharmaciens qui exécutent ces ordonnances. Cela confirme la conclusion voulant que l'avenir du marché des produits pharmaceutiques et des médicaments semble prometteur, du moins du point de vue de la demande.

Consommation de médicaments selon la maladie

Le tableau 3.15 contient des données sur le lien qui existe entre la consommation de médicaments et la maladie dont souffre le consommateur canadien. Encore une fois, le rapport entre une visite à un médecin et la rédaction d'une ordonnance semble en général assez étroit. En effet, dans le cas de la plupart des grandes catégories de maladies, 60 pour cent ou plus des visites à un médecin se terminent par la rédaction d'une ordonnance. De plus, parce que les médecins prescrivent souvent plus d'un médicament à la fois, le nombre moyen de médicaments prescrits par visite est supérieur à un. Dans

Tableau 3.14

Nombre de médecins civils actifs et de pharmaciens autorisés par rapport à la population au Canada, 1968-1982

Année	Médecins civils actifs				Pharmaciens autorisés			
	Nombre	Indice	Population par médecin	Indice	Nombre	Indice	Population par pharmacien	Indice
1982	47 384	168,0	523	70,7	17 569	169,2	1 411	70,2
1981	45 542	161,4	538	72,7	17 039	164,1	1 439	70,6
1980	44 275	157,0	547	73,9	16 588	159,8	1 460	72,6
1979	43 192	153,1	554	74,8	16 052	154,6	1 490	74,1
1978	42 238	149,7	560	75,7	15 709	151,3	1 505	74,9
1977	41 398	146,8	566	76,5	15 328	147,6	1 528	76,0
1976	40 130	142,3	577	78,0	14 687	141,4	1 577	78,5
1975	39 104	138,6	585	79,0	13 872	133,6	1 650	82,1
1974	37 297	132,2	605	81,7	13 267	127,8	1 701	84,6
1973	35 923	127,3	619	83,6	11 779	113,4	1 888	93,9
1972	34 508	122,3	636	85,9	11 629	112,0	1 887	93,9
1971	32 942	116,8	659	89,0	11 330	109,1	1 916	95,3
1970	31 166	110,5	689	93,1	11 084	106,7	1 937	96,4
1969	29 659	105,1	714	96,5	10 587	102,0	2 001	99,5
1968	28 209	100,0	740	100,0	10 390	100,0	2 010	100,0

Source : Santé et Bien-être social Canada, *Canada Health Manpower Inventory*, diverses années jusqu'en 1983

Tableau 3.15

Répartition des médicaments prescrits selon la maladie diagnostiquée : Canada, 1982

Classe ICMT	Diagnostic	Nombre de visites en pourcentage du total	% de visites se terminant par une ordonnance	Nombre de médicaments prescrits par visite (s'il y a lieu)
01	Maladies infectieuses et parasitaires	3,71	68,2	1,20
02	Néoplasmes	3,03	49,7	1,67
35-38	Troubles endocrinaires, nutritionnels et métaboliques	4,23	62,1	1,22
04	Troubles sanguins et des organes	0,93	69,8	1,11
05	Maladies mentales	8,27	61,1	1,57
06	Maladies du système nerveux et des organes sensoriels	7,67	61,2	1,33
07	Maladies du système circulatoire	11,20	77,5	1,67
08	Maladies du système respiratoire	12,42	82,1	1,38
09	Troubles digestifs	6,11	63,6	1,40
10	Maladies du système génito-urinaire	6,23	61,1	1,23
11	Complications de grossesse, d'accouchement et puerpérales	0,75	53,9	1,57
12	Dermatoses et maladies sous-cutanées	5,76	77,3	1,31
13	Maladies des muscles, du squelette et des tissus	5,57	68,4	1,23
14	Malformations congénitales	0,55	28,4	1,67
16	Symptômes et conditions mal définies	6,94	47,5	1,25
17	Accidents, empoisonnements et violence	6,70	40,5	1,22
18	Conditions particulières sans maladie	9,40	39,9	1,13

Source : IMS Canada; Voir aussi le tableau A3.10

plusieurs cas, comme l'indiquent les données sur les catégories plus étroites de maladies présentées au tableau A3.10, plus de deux médicaments en moyenne sont prescrits par visite à un médecin.

Les données du tableau A3.11 de l'annexe renseignent sur les variations entre les provinces pour la consommation de médicaments selon la catégorie thérapeutique. Par exemple, les vitamines représentent 2,3 pour cent des produits d'ordonnance dans les quatre provinces de l'Atlantique, mais elles représentent 5,0 pour cent du total en Ontario. Par contre, les drogues psychothérapeutiques représentent 7,4 pour cent de tous les médicaments prescrits dans les quatre provinces de l'Atlantique et seulement 4,1 pour cent de ceux prescrits en Ontario.

Ces variations interprovinciales sont faibles comparativement à celles qui existent entre les pays. Une étude récente sur les tendances des pays européens en matière de diagnostic et de prescription de médicaments révèle l'existence d'écarts substantiels entre la France, l'Allemagne de l'Ouest, l'Italie, l'Espagne et le Royaume-Uni au plan du classement et de l'importance des principaux diagnostics émis et des types de médicaments prescrits, ainsi qu'au plan des types de médicaments utilisés pour certaines maladies. De tels écarts résultent probablement de plusieurs facteurs y compris la répartition par âge, le bagage génétique, le mode de vie et le milieu de vie de la population, ainsi qu'une attitude différente de la part des gens et de leur médecin quant à ce qui constitue une maladie et quant au remède qui s'impose.[3]

La nature concurrentielle du marché final

Une des caractéristiques fondamentales du marché des soins de santé est la forte dépendance du consommateur ou du malade à l'égard des décisions prises par les médecins et les autres professionnels de la santé. Le fait que le marché des soins de santé dépende à ce point d'un agent économique le distingue de la plupart des autres marchés de biens et services.

Le fait que la presque totalité de la population bénéficie d'une assurance-médicaments à tiers payant limite encore l'influence que le consommateur ou le malade exerce sur les prix ou la quantité des médicaments vendus. Bien que certains régimes gouvernementaux et beaucoup de régimes gérés par des compagnies d'assurance privées supposent le paiement d'une franchise par l'assuré, de façon générale, le consommateur ou le malade s'intéresse peu au prix des produits pharmaceutiques et des médicaments. Comme il a été dit plus tôt, probablement moins de 15 pour cent de la population assume directement et entièrement le coût des produits pharmaceutiques et des médicaments achetés.

---

[3] B. O'Brien, *Patterns of European Diagnoses and Prescribing* (Londres : Office of Health Economics, 1984)

Au manque de motivation économique du consommateur et du médecin s'ajoute le faible niveau des dépenses en produits pharmaceutiques et de médicaments par rapport au coût global d'un traitement complet. Ainsi qu'il est précisé ci-dessus, les dépenses en produits pharmaceutiques et en médicaments ne représentent que 8 ou 9 pour cent de la totalité des dépenses pour les soins de santé. Même si les consommateurs et les malades devaient assumer une part beaucoup plus considérable du coût des produits pharmaceutiques, leur intérêt pour la question ne serait probablement pas très grand, en raison du niveau relativement faible des dépenses consacrées à ces produits.

Donc, la conclusion générale que l'on peut tirer de l'examen de la nature du marché final des produits pharmaceutiques et des médicaments, c'est qu'il existe relativement peu d'incitatifs financiers qui agissent directement sur les prix et les types de produits prescrits aux consommateurs ou aux malades ou achetés par ces derniers.

Tableau A3.1

Pourcentage des dépenses nationales consacrées à la santé par rapport au Produit national brut : Canada, années choisies, 1960-1982

Catégorie	1960	1965	1970	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Soins en institution :	2,3	2,8	3,8	4,2	4,2	4,1	4,1	4,0	4,1	4,2	4,7
Hôpitaux	2,2	2,6	3,3	3,5	3,4	3,3	3,2	3,1	3,2	3,2	3,5
Maisons de repos	0,1	0,1	0,5	0,7	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,2
Services professionnels :	1,4	1,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8
Médecins	0,9	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2
Dentistes	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
Autres	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1
Médicaments et appareils :	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Médicaments prescrits	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Médicaments non prescrits	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Appareils	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total des dépenses personnelles de santé :	4,5	5,0	6,4	6,6	6,5	6,5	6,5	6,4	6,5	6,7	7,4
Autres dépenses de santé :	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Admin. des paiements préalables	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Santé publique	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Autres services	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Recherche	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Dépenses en capital	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Total des dépenses de santé :	5,3	5,8	7,3	7,5	7,4	7,4	7,4	7,2	7,5	7,6	8,4

Source : Santé et Bien-être Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82* et des données révisées non publiées pour 1960-1969

Tableau A3.2

Taux des dépenses en médicaments prescrits par rapport au dépenses totales en médicaments prescrits et non prescrits pour les établissements de santé, les médecins et les dentistes, par province, 1960-1982

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Canada	8,59	7,92	7,58	7,38	7,12	7,17	6,62	6,69	6,38	6,29	7,00
Terre-Neuve	5,31	7,17	8,46	7,72	6,71	7,37	6,43	6,37	6,16	6,64	7,70
Î.-P.-É.	5,56	7,50	7,14	7,61	7,00	8,11	7,20	8,16	9,70	8,47	8,25
Nouvelle-Écosse	6,15	6,24	6,08	6,44	6,73	8,01	7,99	7,38	5,71	6,24	6,04
Nouveau-Brunswick	11,36	8,73	8,25	8,16	7,96	8,98	8,31	8,16	9,53	10,45	10,39
Québec	8,75	7,93	7,69	6,97	7,42	7,77	7,76	7,78	7,11	6,48	6,56
Ontario	7,44	6,61	6,35	6,72	6,71	7,13	6,99	6,98	7,39	7,33	6,73
Manitoba	8,90	8,23	8,53	9,31	9,08	9,05	8,24	7,43	7,81	7,55	7,37
Saskatchewan	7,66	8,13	8,67	8,61	8,19	8,34	7,56	8,42	8,35	7,36	7,22
Alberta	9,08	8,21	8,40	8,88	8,04	8,64	8,10	7,23	7,47	8,04	7,28
Colombie-Britannique	6,79	6,30	6,06	6,32	6,10	6,42	6,49	7,88	6,37	7,16	8,10

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Canada	6,71	6,38	6,31	5,73	5,48	5,51	5,63	5,64	5,65	5,41	5,53	5,77
Terre-Neuve	7,25	6,65	6,84	6,28	6,87	8,57	9,79	9,97	9,52	9,22	9,86	9,61
Î.-P.-É.	7,35	7,66	8,04	6,86	6,38	4,81	4,19	5,11	5,83	6,30	7,47	8,42
Nouvelle-Écosse	6,44	6,51	6,83	6,08	5,85	5,93	6,38	7,21	7,82	7,77	7,83	8,20
Nouveau-Brunswick	10,11	9,03	9,55	7,67	5,63	5,99	6,56	6,50	7,41	8,10	9,26	9,58
Québec	6,19	6,00	5,76	4,99	4,29	3,94	4,12	3,93	3,79	3,44	4,18	5,22
Ontario	6,36	6,16	6,11	5,82	6,04	6,30	6,32	6,56	6,41	5,96	5,46	5,42
Manitoba	6,79	6,03	5,64	5,26	4,81	4,32	4,24	4,11	4,33	4,59	4,52	4,28
Saskatchewan	6,96	6,41	6,17	5,93	7,34	7,04	6,53	6,20	5,72	5,40	7,03	7,06
Alberta	7,02	6,54	6,69	6,45	5,44	5,46	5,53	5,34	5,46	5,30	5,39	5,33
Colombie-Britannique	8,41	7,50	7,60	6,43	5,84	6,16	6,23	5,86	6,47	6,68	6,46	6,17

Source : Santé et Bien-être social Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82* et données révisées non publiées pour 1960-1969

Tableau A3.3

Taux des dépenses en médicaments non prescrits par rapport aux dépenses totales en médicaments prescrits et non prescrits pour les établissements de santé, les médecins et les dentistes, par province, 1960-1982

	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
Canada	8,59	7,92	7,58	7,38	7,12	7,17	6,62	6,69	6,38	6,29	6,25
Terre-Neuve	6,64	7,17	7,35	6,71	6,10	6,05	5,48	5,18	4,70	5,65	7,20
Î.-P.-É.	11,11	10,00	9,52	9,78	10,00	9,91	9,60	10,20	11,52	10,58	9,71
Nouvelle-Écosse	7,82	7,06	6,84	7,14	7,23	8,23	8,09	7,38	5,87	6,31	6,10
Nouveau-Brunswick	6,69	6,00	5,67	5,49	5,31	5,71	5,37	5,22	5,76	6,36	6,40
Québec	10,71	9,55	8,88	7,91	7,63	7,29	6,80	6,55	5,93	5,45	5,78
Ontario	8,38	7,69	7,31	7,34	7,17	7,30	7,03	6,81	6,93	6,83	6,26
Manitoba	7,58	7,16	7,17	7,38	7,17	6,93	6,42	5,81	5,83	6,69	7,62
Saskatchewan	6,70	6,63	6,88	6,48	6,13	6,09	5,48	5,85	5,63	3,82	5,26
Alberta	8,06	7,78	7,76	7,93	7,12	7,39	6,83	6,06	6,04	6,77	6,15
Colombie-Britannique	7,35	6,81	6,56	6,74	6,53	6,82	6,87	8,26	6,64	6,80	7,15

	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Canada	6,03	5,75	5,74	5,29	5,08	5,11	5,21	5,21	5,20	4,96	5,09	5,32
Terre-Neuve	6,80	6,24	6,58	6,21	6,81	8,48	9,72	9,90	9,46	9,17	9,79	9,56
Î.-P.-É.	8,57	8,03	7,72	6,60	5,91	4,60	4,00	4,94	5,53	6,04	7,13	8,04
Nouvelle-Écosse	6,44	6,51	6,74	6,01	5,80	5,85	6,32	7,11	7,72	7,68	7,74	8,10
Nouveau-Brunswick	6,33	5,60	6,02	4,78	3,54	3,76	4,11	4,05	4,63	5,07	5,78	5,99
Québec	5,59	5,52	5,40	4,69	4,03	3,70	3,87	3,69	3,57	3,24	3,93	4,91
Ontario	5,89	5,69	5,62	5,33	5,53	5,77	5,79	6,01	5,87	5,46	5,00	4,97
Manitoba	7,17	6,20	6,12	6,09	5,56	4,99	4,89	4,75	5,02	5,31	5,23	4,95
Saskatchewan	5,61	5,21	5,83	7,14	8,82	8,46	7,85	7,45	6,86	6,48	8,44	8,49
Alberta	6,00	5,61	5,86	5,73	4,83	4,85	4,91	4,74	4,85	4,71	4,79	4,73
Colombie-Britannique	7,17	6,42	6,32	5,28	4,80	5,06	5,12	4,81	5,32	5,49	5,30	5,07

Source : Santé et Bien-être social Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82* et données révisées publiées pour 1960-1969

Tableau A3.4

Total des dépenses consacrées à la santé, par catégorie de soins, aux États-Unis, 1970-1982
(pourcentage)

Catégorie	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Total des dépenses de santé	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Toutes les institutions :	43,5	43,7	44,3	44,4	45,8	46,9	47,6	47,9	48,0	48,2	48,6	49,6	50,5
Hôpitaux	37,2	37,0	37,3	37,5	38,5	39,3	40,0	40,1	40,0	40,0	40,3	41,2	42,0
Maisons pour soins spéciaux	6,3	6,7	7,0	6,9	7,3	7,6	7,6	7,8	8,0	8,2	8,3	8,4	8,5
Services professionnels :	27,6	27,1	26,3	26,7	26,5	26,9	26,9	27,2	27,3	27,1	27,2	27,4	27,4
Médecins	19,1	19,1	18,4	18,5	18,2	18,8	18,4	18,9	18,9	18,7	18,8	19,1	19,2
Dentistes	6,3	6,1	6,0	6,3	6,4	6,2	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,0	6,0
Autres professionnels	2,1	2,0	1,9	1,9	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Médicaments et appareils :	13,3	12,7	12,4	12,2	11,9	11,4	11,0	10,5	10,3	10,1	9,8	9,5	8,7
Médicaments et fournitures médicales	10,7	10,3	10,0	9,8	9,5	9,0	8,7	8,3	8,1	8,0	7,8	7,5	6,9
Lunettes et appareils	2,5	2,4	2,5	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0	1,8
Autres dépenses de santé :	15,5	16,3	17,0	16,6	15,9	14,8	14,4	14,6	14,3	14,5	14,3	13,6	13,3
Paiements préalables et administration	3,6	4,1	5,0	5,2	4,5	3,3	3,3	4,2	4,0	4,3	4,3	3,9	3,9
Santé publique	1,9	2,2	2,1	2,1	2,3	2,4	2,5	2,5	2,8	2,9	2,8	2,5	2,7
Dépenses en capital	4,6	4,8	4,5	4,2	4,0	3,8	3,5	3,1	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
Recherche	2,7	2,5	2,6	2,4	2,4	2,5	2,5	2,3	2,3	2,2	2,1	2,0	1,8
Divers coûts de santé	2,8	2,8	2,8	2,6	2,7	2,8	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,4

Source : Santé et Bien-être Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82*

Tableau A3.5

Total des dépenses consacrées à la santé, par catégorie de soins, aux États-Unis, 1970-1982
(pourcentage du Produit national brut)

Catégorie	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Total des dépenses de santé	7,52	7,73	7,88	7,78	8,12	8,57	8,71	8,82	8,75	8,89	9,46	9,70	10,49
Toutes les institutions :	3,27	3,38	3,49	3,45	3,72	4,01	4,15	4,22	4,20	4,29	4,61	4,81	5,30
Hôpitaux	2,80	2,86	2,94	2,92	3,12	3,36	3,49	3,53	3,50	3,56	3,82	3,99	4,41
Maisons pour soins spéciaux	,47	,52	,55	,54	,59	,65	,66	,69	,70	,73	,78	,82	,89
Services professionnels :	2,18	2,10	2,07	2,08	2,15	2,30	2,34	2,40	2,39	2,41	2,58	2,66	2,88
Médecins	1,44	1,48	1,45	1,44	1,48	1,61	1,61	1,66	1,65	1,66	1,78	1,86	2,01
Dentistes	,47	,47	,47	,49	,52	,53	,55	,55	,55	,55	,59	,59	,63
Autres professionnels	,16	,15	,15	,15	,15	,17	,19	,19	,19	,19	,21	,22	,23
Médicaments et appareils :	1,00	,98	,98	,95	,96	,97	,95	,93	,90	,90	,93	,92	,91
Médicaments et fournitures médicales	,81	,80	,78	,76	,77	,77	,76	,74	,71	,71	,73	,72	,73
Lunettes et appareils	,19	,19	,19	,19	,20	,21	,20	,19	,19	,19	,19	,19	,19
Autres dépenses de santé :	1,17	1,26	1,34	1,29	1,29	1,27	1,26	1,29	1,25	1,29	1,35	1,32	1,40
Paiements préalables et administration	,27	,31	,40	,41	,36	,28	,29	,37	,35	,39	,41	,38	,41
Santé publique	,14	,17	,17	,17	,19	,21	,22	,22	,24	,26	,27	,25	,28
Dépenses en capital	,34	,37	,35	,32	,33	,33	,31	,28	,24	,24	,25	,25	,27
Recherche	,20	,19	,20	,19	,20	,21	,22	,20	,20	,20	,20	,19	,19
Divers coûts de santé	,21	,21	,22	,20	,22	,24	,22	,21	,21	,21	,23	,24	,25
Produit national brut (en milliards de $)	992,7	1077,6	1185,9	1326,4	1434,2	1549,2	1718,0	1918,3	2163,9	2417,8	2631,7	2954,1	3073,0

Source : Santé et Bien-être Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82*

Tableau A3.6

Total des dépenses consacrées à la santé, par catégorie de soins, aux États-Unis, 1970-1982
(dollars par personne)

Catégorie	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
Total des dépenses de santé	358,08	394,30	437,79	478,51	534,72	603,48	674,34	754,59	835,45	938,61	1074,76	1224,85	1364,94
Toutes les institutions :	155,79	172,30	193,84	212,36	244,85	282,86	321,18	361,24	401,17	452,72	522,27	607,72	689,25
Hôpitaux	133,26	145,79	163,41	179,44	205,80	236,93	269,82	302,37	334,09	375,88	433,36	504,30	573,67
Maisons pour soins spéciaux	22,52	26,50	30,43	32,92	39,04	45,93	51,35	58,86	67,08	76,84	88,92	103,42	115,58
Services professionnels :	98,74	106,97	115,18	127,97	141,49	162,35	181,08	205,15	228,17	254,08	292,65	335,49	374,26
Médecins	68,54	75,26	80,53	88,56	97,38	113,23	124,32	142,26	157,99	175,50	202,00	234,20	261,64
Dentistes	22,52	24,14	26,22	30,13	33,99	37,29	42,34	46,82	52,07	58,06	66,47	73,94	82,56
Autres professionnels	7,66	7,57	8,42	9,27	10,10	11,82	14,41	16,06	18,09	20,52	24,17	27,35	30,06
Médicaments et appareils :	47,45	50,17	54,31	58,42	63,39	68,67	73,87	79,38	86,06	95,17	105,32	115,82	118,97
Médicaments et fournitures médicales	38,34	40,70	43,54	46,83	50,53	54,11	58,56	62,88	67,96	75,09	83,30	91,46	94,83
Lunettes et appareils	9,10	9,46	10,76	11,59	12,86	14,55	15,31	16,50	18,09	20,08	22,01	24,36	24,13
Autres dépenses de santé :	55,60	64,37	74,44	79,28	64,98	89,59	97,30	110,15	119,16	135,77	153,23	166,25	182,05
Paiements préalables et administration	12,94	16,09	22,00	25,03	23,88	20,01	22,52	31,66	33,10	40,60	46,18	47,87	53,77
Santé publique	6,71	8,52	9,36	10,20	12,40	14,55	17,11	19,17	23,39	27,07	30,21	31,20	36,41
Dépenses en capital	16,29	18,93	19,66	19,93	21,59	23,19	23,87	23,63	23,39	24,88	28,06	32,05	34,72
Recherche	9,58	9,94	11,23	11,59	12,86	15,00	16,66	17,39	19,41	20,95	22,88	24,36	24,98
Divers coûts de santé	10,06	10,88	12,17	12,51	14,24	16,82	17,11	18,28	19,86	22,26	25,90	30,77	32,18
Population (en millions d'hab.)	208,6	211,3	213,6	215,7	217,7	219,9	222,0	224,2	226,6	229,1	231,7	234,0	236,2

Source : Santé et Bien-être Canada, *National Health Expenditures in Canada, 1970-82*

Tableau A3.7

Statistiques principales sur les services pharmaceutiques : Angleterre, années choisies, 1949-1981

Partie I : Nombre et coût des ordonnances

	Unité	1949	1959	1969	1977	1978	1979	1980	1981
Nombre d'ordonnances	Milliers	188 543	199 463	245 539	295 656	307 097	304 556	303 334	299 973
facturées	Milliers	—	—	118 422	108 464	113 061	107 275	90 284	76 198
sans frais[a]	Milliers	—	—	127 192	187 192	194 036	197 281	213 050	223 775
taux des ordonnances sans honoraires par rapport à l'ensemble	Pourcentage	—	—	51,8	63,3	63,2	64,8	70,2	74,6
Coût total	£ milliers	28 175	67 732	151 062	553 705	657 549	739 288	898 099	1 026 335
Coût net des ingrédients	£ milliers	12 844	43 328	112 016	434 411	517 643	592 088	715 988	834 376
Coût moyen d'une ordonnance									
Coût total	£	0,149	0,340	0,615	1,873	2,141	2,427	2,961	3,421
Coût net des ingrédients	£	0,068	0,217	0,456	1,469	1,686	1,944	2,360	2,782
Nombre de personnes inscrites sur les listes d'ordonnance *N.H.S.*	milliers	36 449	40 157	44 568	45 707	45 780	45 884	46 073	46 101
Moyen par personne inscrite									
Ordonnances	Nombre	5,17	4,97	5,51	6,47	6,71	6,64	6,58	6,51
Coût des ingrédients	£	0,352	1,079	2,513	9,504	11,307	12,904	15,540	18,099

[a] Les ordonnances sans frais comprennent les ordonnances pour des personnes ayant un certificat de paiement préalable. On comptait 15 millions de ces ordonnances en 1980

Tableau A3.7 (suite)

Statistiques principales sur les services pharmaceutiques : Angleterre, année choisies, 1949-1981

Partie II : Coût des produits pharmaceutiques en pourcentage des dépenses des dépenses totales du *National Health and Personal Social Services*

	1970/71	1976/77	1980/81
Pourcentage	8,8	7,8	8,2

Source : Royaume-Uni, Department of Health and Social Security, *Health and Personal Social Services Statistics for England, 1982* (Londre: MM, 1984), Tableaux 2.1 et 5.9

Tableau A3.8

Consommation de médicaments et participation financière du consommateur/patient : Suède, 1970-1983

Partie I : Consommation de médicaments d'ordonnance selon le niveau des remboursements

Année	Rembour-sable en totalité	Augmenta-tation des coûts	Remboursable en partie					Grand total
			Payé par l'État	Payé par le patient		Total		
	$[a]	$[a]	$[a]	$[a]	%	$[a]	%	$[a]
1981	567	11	1 599	617	27,8	2 216	22,1	2 794
1982	677	260	1 704	585	25,6	2 289	18,1	3 226
1983	780	305	1 941	609	23,9	2 550	16,8	3 635

[a] Millions de couronnes suédoises

Partie II : variation de la consommation de médicaments d'ordonnance par rapport à la variation des paiements faits par les patients

Année	Taux de variation des paiements faits par les patients	Taux de variation de la consommation
1970	−8,1	1,0
1971	29,2	−6,1
1972	−18,1	2,1
1973	−7,1	2,3
1976	9,4	−1,7
1977	−12,4	0,5
1978	8,7	−2,2
1979	−6,5	−0,5

Source : *Scrip*, N° 924 (20 août 1984), p. 6

Tableau A3.9

Répartition des consommateurs de médicaments prescrits, selon l'âge et selon la principale catégorie thérapeutique, 1982

Catégorie thérapeutique	Analgésiques d'ordonnance				Antiarthritiques et goutte				Anti-infectieux généraux				Antispasmodiques et antiacides			
	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%
Âge	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Total	6 445	100	8 953	100	3 021	100	3 513	100	10 022	100	12 447	100	1 849	100	2 210	100
2 et moins	238	4	250	3	0	0	0	0	1 329	13	1 036	8	23	1	44	2
3-9	317	5	279	3	4	0	0	0	1 627	16	1 549	12	25	1	32	1
10-19	557	9	936	10	95	3	103	3	1 311	13	1 715	14	67	4	96	4
20-39	1 725	27	3 098	35	727	24	676	19	2 197	22	4 212	34	455	25	541	24
40-59	1 457	23	1 824	20	1 088	36	1 106	31	1 527	15	2 072	17	616	33	705	32
60-64	574	9	520	6	282	9	312	9	430	4	379	3	164	9	195	9
65+	1 577	24	2 046	23	826	27	1 317	37	1 601	16	1,484	12	500	27	597	27
non spécifié	36	—	86	—	21	—	28	—	53	—	95	—	4	—	25	—
N[bre] total de patients	15 538				6 644				22 904				4 141			

Tableau A3.9 (suite)

Répartition des consommateurs de médicaments prescrits, selon l'âge et selon la principale catégorie thérapeutique, 1982

Catégorie thérapeutique	Traitement de la bronchite				Traitement cardiovasculaire				Contraceptifs				Préparations contre la toux et le rhume			
	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%
Âge	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Total	2 543	100	2 129	100	7 266	100	7 751	100	0	—	3 077	100	3 646	100	4 445	100
2 et moins	121	5	66	3	31	0	4	0	—	—	—	0	562	15	467	11
3-9	291	11	190	9	17	0	19	0	—	—	0	0	828	23	689	15
10-19	205	8	161	8	7	0	36	0	—	—	0	23	457	13	558	13
20-39	178	7	368	17	323	4	403	5	—	—	715	75	1 014	28	1 573	35
40-59	409	16	541	25	2 219	31	1 913	25	—	—	49	2	500	14	672	15
60-64	237	9	165	8	1 062	15	195	10	—	—	0	0	82	2	162	4
65+	1 101	43	637	30	3 608	50	4 581	59	—	—	4	0	203	6	325	7
non spécifié		—		—	31	—	46	—	—	—	29	—	17	—	21	—
N^bre^ total de patients	**4 754**				**15 290**				**3 095**				**8 231**			

Tableau A3.9 (suite)

Répartition des consommateurs de médicaments prescrits, selon l'âge et selon la principale catégorie thérapeutique, 1982

Catégorie thérapeutique	Traitement des dermatites				Diurétiques				Hormones				Laxatifs d'ordonnance			
	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%
Âge	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Total	2 016	100	3 498	100	3 823	100	5 632	100	3 388	100	5 612	100	653	100	1 161	100
2 et moins	214	11	273	8	26	1	9	0	222	7	244	4	42	6	38	3
3-9	225	11	175	5	7	0	7	0	225	7	225	4	34	5	34	3
10-19	396	20	555	16	0	0	7	0	351	10	486	9	25	4	81	7
20-39	649	32	1 720	49	230	6	409	7	869	26	1 947	35	100	15	288	25
40-59	233	12	409	12	1 096	29	1 479	26	714	21	1 519	27	151	23	287	25
60-64	64	3	81	2	469	12	628	11	179	5	350	6	65	10	60	5
65+	235	12	285	8	1 995	52	3 093	55	828	24	841	15	236	36	374	32
non spécifié	3	—	19	—	17	—	53	—	7	—	24	—	0	—	4	—
N[bre] total de patients	5 623				9 645				9 118				1 836			

Tableau A3.9 (suite)

Répartition des consommateurs de médicaments prescrits, selon l'âge et selon la principale catégorie thérapeutique, 1982

Catégorie thérapeutique	Nourrissons et compléments				Préparations ophtalmiques				Traitement de la psychose				Vitamines			
	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%	(milliers)	%
Âge	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
Total	551	100	994	100	1 069	100	1 297	100	5 203	100	8 246	100	789	100	2 917	100
2 et moins	10	2	13	1	74	7	96	7	10	0	27	0	161	20	113	4
3-9	0	0	3	0	85	8	73	6	71	1	69	1	29	4	23	1
10-19	6	1	7	0	114	11	142	11	186	4	156	2	28	4	190	7
20-39	20	4	64	6	204	19	261	20	1 736	33	2 681	33	124	16	1 928	66
40-59	139	25	211	21	253	24	200	15	1 802	35	2 820	34	203	26	207	7
60-64	52	9	76	8	73	7	127	10	368	7	709	9	51	7	93	3
65+	325	59	622	63	266	25	399	31	1 030	20	1 784	22	192	24	363	12
non spécifié	0	—	4	—	14	—	3	—	30	—	35	—	0	—	39	—
N^bre^ total de patients	1 564				2 396				13 555				3 758			

Source : IMS Canada

Tableau A3.10

Répartition des médicaments prescrits selon la catégorie du diagnostic, 1982

Catégorie ICMT	Diagnostic	Nombre total de visites	Nombre de visites se terminant par une ordonnance	Pourcentage de visites se terminant par une ordonnance	Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments prescrits par visite
01	Maladies infectieuses et parasitaires	7 282	4 967	68,2	5 976	1,20
1,1	Les infections intestinales	2 049	1 201	58,6	1 411	1,17
1,2	Tuberculose	61	36	59,0	68	1,89
01,3	Maladies vénériennes	368	283	76,9	351	1,24
01,4	Héminthiases	37	35	94,6	35	1,00
02	Néoplasmes	5 937	2 948	49,7	4 930	1,67
02,1	Néoplasmes malins	4 442	2 530	57,0	4 318	1,71
	du gros intestin	296	174	58,8	256	1,47
	des bronches	540	297	55,0	488	1,64
	du sein	565	337	59,6	640	1,90
	de la prostate	273	192	70,3	313	1,08
02,2	Néoplasmes bénins	1 171	290	24,8	424	1,46
35-38	Maladies des glandes endocrines, de nutritif et du métabolisme	8 281	5 139	62,1	6 284	1,22
35	Maladies thyroïdiennes	948	746	78,7	767	1,03
36	Diabète sucré	3,745	2 944	78,6	3 795	1,29
37	Désordres des glandes endocrines	3 210	1 238	38,6	1 477	1,19
38	Désordres du métabolisme	378	211	55,8	245	1,16
04	Maladies du sang et des organes	1 829	1 276	69,8	1 415	1,11
04,1	Anémie	1 276	981	76,9	1 089	1,11

Tableau A3.10 (suite)

Répartition des médicaments prescrits selon la catégorie du diagnostic, 1982

Catégorie ICMT	Diagnostic	Nombre total de visites	Nombre de visites se terminant par une ordonnance	Pourcentage de visites se terminant par une ordonnance	Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments par visite
05	Troubles mentaux	16 214	9 908	61,1	15 551	1,57
05,1	Psychoses	3 005	2 464	82,0	5 556	2,25
05,2	Névroses et psychonévroses	13 209	7 444	56,4	9 985	1,34
06	Maladies du système nerveux et des organes des sens	15 037	9 201	61,2	12 262	1,33
	Conjonctivite	1 319	1 150	87,2	1 284	1,12
	Autres maladies d'œil	503	207	41,2	266	1,29
	Otite externe	765	666	87,1	843	1,27
06,1	Épilepsie	587	533	90,8	877	1,65
06,2	Autres maladies du système nerveux central	1 887	1 173	62,2	1 675	1,43
06,3	Névrite et névralgie	685	469	68,5	627	1,34
06,4	Otite	4 045	3 169	78,3	4 213	1,33
07	Troubles circulatoires	22 956	17 784	77,5	29 711	1,67
	Troubles vasculaires périphériques, non précisés	367	88	24,0	120	1,36
07,1	Maladie cardiaque	8 723	6 798	77,9	13 459	1,98
	Infarctus du myocarde sans hypertension	686	538	78,4	1 181	2,20
	Ischémie chronique sans hypertension	2 109	1 282	60,8	2 468	1,93
		1 334	1 213	90,9	2 260	1,86
	Défaillance cardiaque	1 327	1 229	92,6	2 572	2,09
	Rythme cardiaque et autres troubles	1 103	847	76,8	1 228	1,45
07,2	Hypertension	8 690	7 621	87,7	11 338	1,49

Tableau A3.10 (suite)

Répartition des médicaments prescrits selon la catégorie du diagnostic, 1982

Catégorie ICMT	Diagnostic	Nombre total de visites	Nombre de visites se terminant par une ordonnance	Pourcentage de visites se terminant par une ordonnance	Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments prescrits par visite
07,3	Hypertension artérielle	173	173	100,0	447	2,58
07,4	Troubles cérébrovasculaires	1 672	888	54,8	1 351	1,52
07,5	Varices	1 732	1 239	71,5	1 621	1,31
08	Troubles du système respiratoire	24 344	19 975	82,1	27 638	1,38
	Pharyngites aiguës	2 062	1 653	80,2	1 924	1,16
	Amygdalite	1 613	1 455	90,2	1 684	1,16
	Névrites mult. où d'orig. inconnue	4 045	3 170	78,4	3 836	1,21
	Asthme	1 727	1 593	92,2	2 874	1,80
	Fièvre des foins	2 160	1 899	87,9	2 215	1,17
	Congestion pulmonaire hypostatique	917	666	72,6	1 256	1,89
08,1	Sinusite	1 450	1 306	90,1	2 039	1,56
08,2	Influenza	1 227	891	72,6	1 144	1,28
08,3	Pneumonie	1 269	1 118	88,1	1 671	1,49
08,4	Bronchite	4 190	3 769	90,0	5 603	1,49
09	Troubles du système digestif	11 983	7 617	63,6	10 671	1,40
	Gastrite et ulcère g.-duod.	789	648	82,1	821	1,27
	Constipation	758	619	81,7	788	1,27
	Cholétithiasis	765	324	42,4	479	1,48
09	Ulcère	1 396	1 189	85,2	1 642	1,38
09,2	Appendice	400	212	53,0	318	1,50
09,3	Hernie	1 370	593	43,3	963	1,62

Tableau A3.10 (suite)

Répartition des médicaments prescrits selon la catégorie du diagnostic, 1982

Catégorie ICMT	Diagnostic	Nombre total de visites	Nombre de visites se terminant par une ordonnance	Pourcentage de visites se terminant par une ordonnance	Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments prescrits par visite
10	Maladies du système génito-urinaire	12 217	7 459	61,1	9 161	1,23
	Cystite	1 033	891	86,3	996	1,08
	Troubles urinaires	1 080	988	83,7	1 067	1,08
	Symptômes de la ménopause	780	635	81,4	732	1,15
10,1	Néphrite et néphrose	144	97	67,4	171	1,76
10,2	Infections rénales	271	243	89,7	318	1,31
10,3	Salphingite et oophrite	88	81	92,0	123	1,52
10,4	Inf. de l'utérus, de vag. et de la vulve	1 546	1 243	80,4	1 396	1,12
10,5	Troubles menstruels	2 438	1 101	45,2	1 357	1,23
11	Complications de grossesse, d'accouchement et puerpérales	1 478	796	53,9	1 249	1,57
	Avortements	151	64	42,4	106	1,66
11,2	Accouchements	542	301	55,5	542	1,80
12	Maladies de la peau et kystes sous-cutanées	11 290	8 727	77,3	11 461	1,31
12,1	Furoncles	685	174	25,4	185	1,06
12,2	Cellulite	155	115	74,2	124	1,08
12,3	Dermatite et eczéma	833	653	78,4	776	1,19
12,4	Psoriasis	4 414	4 050	91,8	4 700	1,16
12,5	Prurit	443	354	79,9	660	1,86
12,6	Urticaire	369	284	77,0	375	1,32
		395	349	88,4	433	1,24

Tableau A3.10 (suite)

Répartition des médicaments prescrits selon la catégorie du diagnostic, 19832

Catégorie ICMT	Diagnostic	Nombre total de visites	Nombre de visites se terminant par une ordonnance	Pourcentage de visites se terminant par une ordonnance	Nombre total de médicaments prescrits	Nombre de médicaments prescrits par visite
13	Maladies des muscles, du squelette et des tissus	10 918	7 473	68,4	9 195	1,23
	Lombalgies	625	345	55,2	391	1,13
13,1	Arthrite	4 441	3 811	85,8	4 686	1,23
13,2	Rhumatisme	958	686	71,6	826	1,20
13,3	Bursites et synovites	1 627	1 065	65,5	1 211	1,14
14	Malformations congénitales	1 076	306	28,4	512	1,67
16	Symptômes et conditions mal définies	13 611	6 459	47,5	8 078	1,25
	Douleurs thoraciques	908	335	36,9	409	1,22
	Douleurs abdominales	2 182	844	38,7	1 052	1,25
16,1	Maux de tête	736	464	63,0	500	1,08
17	Accidents, empoisonnements et violence	13 128	5 323	40,5	6 512	1,22
	Fractures	2 582	928	35,9	1 303	1,40
	Entorses et foulures	3 037	1 466	48,3	1 702	1,16
	Lacérations, plaies ouvertes	2 285	831	36,4	957	1,15
	Contusions	1 353	363	26,8	395	1,09
	Effets de médicaments et de poisons	693	267	38,5	346	1,30
18	Conditions particulières sans maladie	18 418	7 349	39,9	8 325	1,13
	Vaccinations prophylactiques	996	975	97,9	1 204	1,23
	Planning familial	3 618	3 099	85,7	3 155	1,02
	Soins et observations prénataux	4 438	1 993	44,9	2 049	1,03
	Soins obstétricaux post-partem sans symptômes anormaux	1 487	606	40,8	1 041	1,72

Source : IMS Canada

Tableau A3.11

Part du marché de médicaments d'ordonnance suivant les régions et les principales catégories thérapeutiques, 1982

	Total	Provinces atlantiques	Québec	Ontario	Manitoba	Saskat-chewan	Alberta	C.-B.
Médicaments d'ordonnance (en milliers de $)	1 092 191	96 466	253 428	396 032	49 761	56 884	86 534	153 037
	%	%	%	%	%	%	%	%
Analgésiques d'ordonnance	6,0	5,4	4,4	6,6	7,1	4,8	6,2	7,7
Antiarthritiques et goutte	9,9	11,9	9,0	10,1	6,9	14,4	9,4	9,2
Anti-infectieux généraux	5,9	6,3	5,2	6,0	5,1	6,6	8,7	5,1
Anti-spasmodiques et antiacides	4,8	6,4	4,2	4,8	2,8	4,6	5,9	4,8
Traitement de la bronchite	3,6	4,2	3,5	3,5	3,8	3,8	3,1	4,0
Traitement cardio-vasculaire	11,3	12,8	10,5	11,4	11,0	10,3	9,5	12,6
Contraceptifs	5,8	3,9	7,0	5,9	6,8	4,0	6,2	4,8
Préparations contre la toux et le rhume	5,0	3,9	5,3	5,2	6,7	4,2	4,9	4,6
Traitement des dermatites	4,3	3,0	5,4	4,5	5,0	3,1	4,0	3,4
Diurétiques	2,9	4,1	3,0	2,7	1,5	2,9	2,8	3,1
Hormones	5,0	4,5	5,3	4,7	6,4	5,6	5,5	4,5
Laxatifs	2,0	1,5	1,8	2,4	1,9	3,1	2,1	1,4
Éléments nutritifs et compléments	2,0	1,7	1,7	2,2	1,5	2,5	1,4	2,3
Préparations ophtalmiques	3,0	2,4	3,1	3,0	4,4	3,1	2,7	2,9
Traitement de la psychose	5,4	7,4	7,0	4,1	5,4	5,0	5,0	5,4
Vitamines	4,3	2,3	3,2	5,0	4,7	4,5	4,9	4,9
Autres	18,8	18,3	20,4	17,9	19,0	17,5	17,7	19,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : IMS Canada

Chapitre 4

La structure du marché

Ce chapitre aborde deux caractéristiques fondamentales de l'industrie pharmaceutique au Canada : la concentration de la production et la stabilité des parts de marché. Ensemble, ces caractéristiques rendent compte de la nature et du degré de concurrence au sein de cette industrie. L'étendue des économies d'échelle, la concentration de la demande et la nature des entreprises de produits génériques sont d'autres éléments de la structure du marché.

Concentration de la production

Concentration globale du marché

La figure 4.1 illustre, pour 1982, la concentration globale des ventes de produits pharmaceutiques et de médicaments d'ordonnance entre les mains d'un nombre variable d'entreprises, les quatre premières formant le premier groupe d'une distribution par ordre décroissant des tailles.[1] Ces quatre entreprises les plus grandes représentent un peu moins du quart du marché total des produits d'ordonnance, alors que les douze plus importantes interviennent pour la moitié de ce marché et les trente plus importantes, pour plus de 80 pour cent.

Des renseignements semblables selon le nombre d'ordonnances sont fournis à la figure 4.2.[2] Ces données indiquent des niveaux de concentration quelque peu supérieurs. Par exemple, les quatre plus grandes entreprises interviennent pour 28,7 pour cent des ordonnances, alors qu'elles ont seulement 23,4 pour cent des ventes totales.

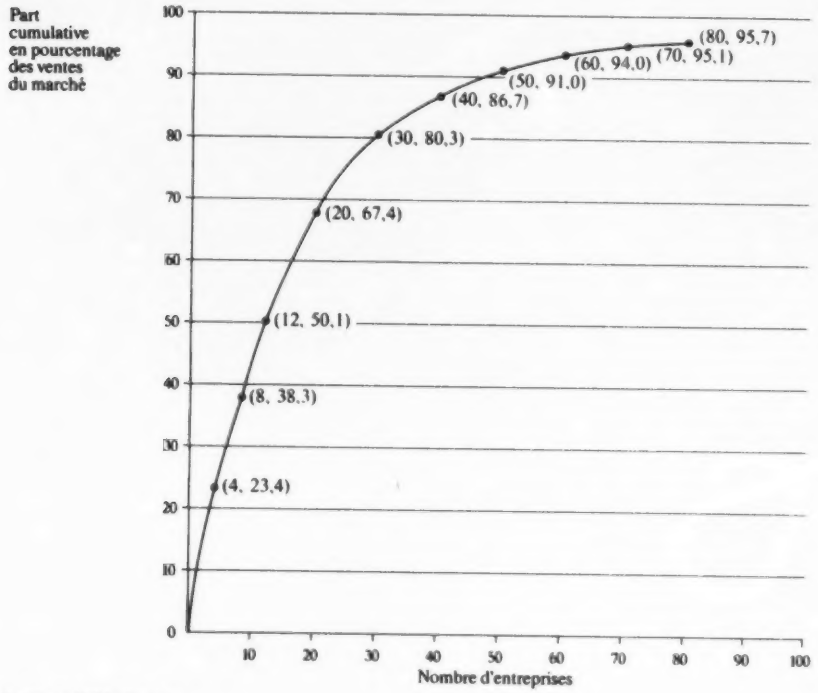
---

[1] Les données détaillées sur les parts de marché dont est tirée la figure 4.1 sont présentées au tableau A4.1 de l'annexe. On y trouve aussi, en plus de données sur les parts de marché pour les produits d'ordonnance, des données sur les parts de marché des spécialités pharmaceutiques et des produits d'ordonnance et des spécialités pharmaceutiques combinés. On constate que la concentration est plus forte dans le marché des spécialités pharmaceutiques que dans celui des produits d'ordonnance; il s'ensuit que la concentration dans les marchés combinés est plus forte que dans le seul marché des produits d'ordonnance.

[2] Le tableau A4.2 contient les données détaillées dont est tirée la figure 4.2

Figure 4.1

Courbe de concentration (ventes) du marché global des médicaments d'ordonnance dans l'industrie pharmaceutique canadienne, 1982



Source : IMS Canada

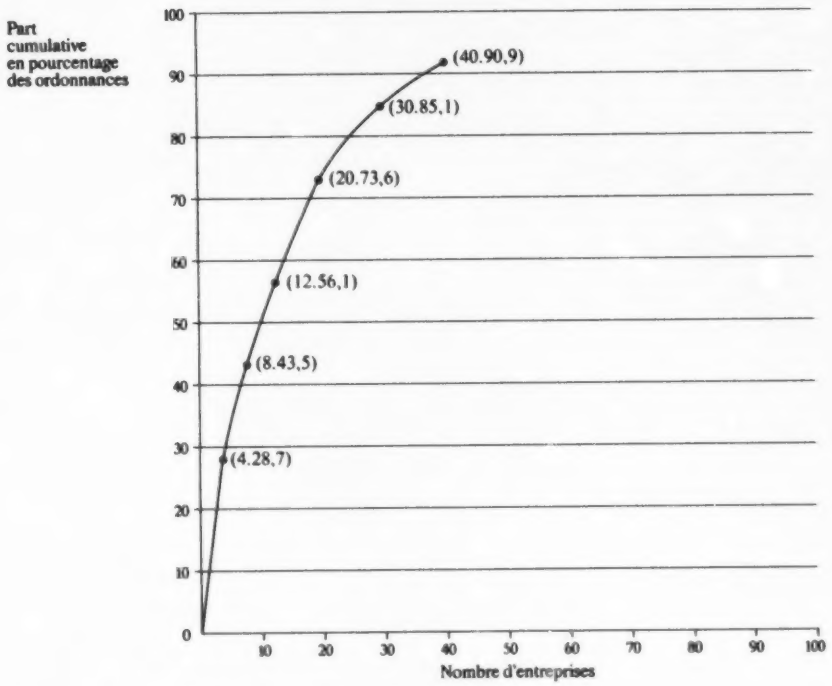
Le tableau 4.1 présente des données plus détaillées sur la concentration des vendeurs, non seulement en ce qui a trait au marché global des produits d'ordonnance, mais aussi pour chacun de ses deux éléments, les hôpitaux et les pharmacies et ce pour la période de 1964 à 1984.[3]

Dans le cas des pharmacies, les niveaux de concentration sont inférieurs à ceux du marché des hôpitaux. Il en est ainsi, quelle que soit la mesure de concentration examinée parmi les trois énumérées ci-dessous, à savoir : la concentration de la production chez les quatre plus grandes entreprises (C4), chez les huit plus grandes (C8) ou l'indice de Herfindahl (H) qui mesure la concentration en évaluant la part de marché de tous les fabricants de

[3] Des données détaillées sur les parts de marché des dix entreprises dominantes en ce qui a trait aux pharmacies, aux hôpitaux et aux deux marchés combinés sont présentées aux tableaux A4.3, A4.4 et A4.5 respectivement pour la période de 1979 à 1984.

Figure 4.2

Courbe de concentration (d'après le nombre d'ordonnances) du marché global des médicaments d'ordonnance dans l'industrie pharmaceutique canadienne, 1982



Source : IMS, *Canadian Compuscript*, décembre 1982

l'industrie.[4] Les niveaux supérieurs de concentration dans le marché des hôpitaux peuvent fort bien expliquer le phénomène des «acheteurs» beaucoup moins nombreux, des achats en vrac de nombreux médicaments, pour plusieurs mois et pour de nombreux hôpitaux, et d'autres politiques d'achat semblables.

---

[4] L'indice de Herfindahl est une mesure de la concentration qui varie de 0 à 1. Il est la somme des carrés de la part de marché de chaque entreprise :

$$H = \sum_{i=1}^{n} (s_i)^2$$

où s_i représente la part de marché de la $i^{ème}$ entreprise. L'indice est de 1 lorsque la production d'une seule entreprise représente toute la production et il se rapproche de 0 lorsqu'un grand nombre d'entreprises détiennent des parts de marché identiques.

Tableau 4.1

Concentration des vendeurs dans le marché global des médicaments d'ordonnance et pour le marché des pharmacies et celui des hôpitaux pris séparément : Canada, 1964-1984

Année	Pharmacies			Hôpitaux			Total		
	C4	C8	H	C4	C8	H	C4	C8	H
1964	21,6	34,7	,026	25,3	40,0	,033	21,2	33,4	,026
1965	21,8	35,9	,027	26,4	41,1	,035	21,6	34,0	,027
1966	23,5	37,7	,028	25,9	40,9	,035	22,9	35,4	,027
1967	26,4	40,1	,031	27,7	42,8	,038	25,2	37,6	,030
1968	26,5	41,8	,032	28,4	43,7	,038	26,3	40,3	,032
1969	27,7	41,3	,033	28,0	43,7	,038	27,3	39,7	,032
1970	29,5	42,6	,035	28,5	43,4	,039	28,3	40,5	,033
1971	29,2	42,4	,035	28,1	43,1	,039	27,9	41,0	,033
1972	29,4	43,5	,036	28,8	43,6	,039	27,3	41,3	,034
1973	27,7	41,3	,034	29,1	44,1	,038	25,6	39,5	,032
1974	27,2	41,3	,033	28,4	43,2	,037	24,9	39,0	,031
1975	26,9	40,7	,033	29,6	43,7	,037	25,1	38,9	,032
1976	26,9	39,8	,033	29,6	44,1	,037	24,8	38,2	,031
1977	26,7	39,1		29,8	43,3		23,7	37,0	
1978	26,4	40,0		30,5	43,8		23,6	37,2	
1979	28,8	42,7		27,1	43,2		25,6	40,2	
1980	28,0	42,5		29,5	44,1		24,9	40,3	
1981	28,2	43,7		32,0	46,8		25,1	40,9	
1982	26,1	41,8		32,9	49,3		23,5	38,7	
1983	26,3	40,7		30,6	48,2		24,1	38,0	
1984	26,1	40,2		31,1	47,9		23,7	38,6	

Source : IMS Canada

La concentration dans le marché des pharmacies semble avoir augmenté jusqu'au début des années 1970, pour baisser par la suite. Ce phénomène est indiqué par chacune des trois autres mesures de concentration. La concentration dans le marché des hôpitaux semble avoir augmenté elle aussi jusqu'au début des années 1970, puis s'être stabilisée ensuite.

Concentration comparée à d'autres industries

On peut facilement interpréter les données sur la concentration si on les évalue non seulement dans le temps mais aussi par rapport à la concentration dans d'autres industries. Le tableau 4.2 indique, pour la période de 1965 à 1980, la concentration dans les quatre et les huit premières entreprises respectivement, à l'égard de tous les sous-groupes de l'industrie chimique de même qu'à l'égard d'industries dans lesquelles le niveau de concentration a toujours été élevé ou faible.

Tableau 4.2

Ratios de concentration selon la valeur des livraisons, industrie des produits pharmaceutiques et autres industries choisies : Canada, années choisies, 1965-1980

Industries (code 1970 de la C.A.É.)	1965		1968		1970		1972		1974		1976		1978		1980	
	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8
Industries caractérisées par une faible concentration																
2441 Usines de confection de vêtements pour dames	6,4	10,0	7,7	11,5	8,0	11,7	8,2	12,3	7,5	11,5	7,3	11,8	6,3	10,9	6,4	11,9
2619 Industrie des meubles de maison, n.c.a.	9,1	13,4	10,3	15,6	13,1	19,8	13,4	21,3	15,4	24,3	17,0	25,3	15,6	21,9	17,6	24,1
308 Ateliers d'usinage	8,3	13,0	6,7	11,3	7,2	11,9	7,3	11,9	8,3	13,6	9,3	15,2	10,0	15,7	6,4	11,8
Industrie chimique :																
372 Fabricants d'engrais composés	62,2	81,8	72,7	87,0	71,0	86,8	75,1	89,4	76,3	91,2	74,6	87,8	74,7	87,1	70,5	83,1
373 Fabricants de matières plastiques et de résines synthétiques	61,7	n.a.	56,1	81,0	57,7	79,3	57,0	76,8	56,3	77,5	52,8	73,1	59,2	75,3	57,3	75,1
374 Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments	26,1	40,0	28,0	41,8	29,6	[illegible]	27,8	42,4	25,6	39,6	27,5	42,2	27,0	42,5	27,1	41,5
375 Fabricants de peintures et vernis	46,0	57,5	41,4	58,8	39,7	57,7	37,8	54,2	36,0	54,1	32,3	50,2	35,1	55,4	32,6	53,1
376 Fabricants de savon et de produits de nettoyage	79,0	86,6	77,7	85,8	75,8	84,5	72,5	82,3	68,9	82,3	n.a.	80,8	67,5	79,3	64,9	79,5
377 Fabricants de produits de toilette	46,8	65,0	45,8	63,4	45,4	61,6	45,8	62,0	49,8	63,8	46,2	62,3	43,2	60,6	40,1	58,1
378 Fabricants de produits chimiques industriels	41,3	65,0	34,2	56,7	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Industries caractérisées par une forte concentration																
1093 Brasseries	94,5	99,6	94,8	n.a.	94,0	n.a.	96,6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	100,0	98,9	100,0	99,0	100,0
153 Fabricants de produits du tabac	91,3	99,9	95,8	99,7	96,9	99,7	97,2	99,8	97,7	n.a.	n.a.	n.a.	99,4	100,0	99,6	n.a.
323 Fabricants de véhicules automobiles	93,3	98,2	94,6	98,2	93,3	98,4	n.a.	98,2	90,1	98,2	93,4	98,3	93,6	98,8	93,7	98,0

Source : Statistique Canada, *Organisation des industries et concentration dans le secteur de la fabrication, des mines et de l'abattage* (n° 31-402 au catalogue), pour des années données

La tendance relative aux produits pharmaceutiques et aux médicaments, établie à partir des données du recensement annuel des fabricants de Statistique Canada que révèlent ces données, est semblable à celle qui a été décrite antérieurement à partir des données compilées par IMS. Les plus fortes concentrations qui ont marqué la deuxième moitié des années 1960 sont suivies d'une baisse et d'une stabilisation jusqu'en 1980. Pour les fabricants de produits de toilette, qui constituent aussi un sous-groupe de l'industrie des produits chimiques, les taux de concentration ont été assez stables jusqu'en 1972, atteignant un maximum en 1974, puis baissant assez régulièrement depuis.

L'examen de l'indice de Herfindahl présenté au tableau 4.3 révèle une tendance semblable. Dans le cas des produits pharmaceutiques et de médicaments, l'indice augmente de 1965 à 1970, puis demeure relativement stable jusqu'en 1980. Dans le cas des fabricants de produits de toilette, l'indice de Herfindahl demeure assez stable de 1965 à 1974, puis commence à baisser brusquement, tendance qui se poursuit jusqu'en 1980.

Concentration dans les sous-marchés définie selon les catégories thérapeutiques

La principale question, à laquelle il n'y a pas de réponse définitive, est de savoir si le marché global des produits pharmaceutiques et des médicaments peut être considéré comme un marché aussi homogène que celui des autres industries énumérées aux tableaux 4.2 et 4.3. On estime généralement qu'il existe plusieurs catégories thérapeutiques distinctes de produits pharmaceutiques et de médicaments qui ne se concurrencent pas directement les unes les autres, soit parce qu'il s'agit de catégories distinctes de composés chimiques, soit parce qu'elles sont indiquées pour des maladies différentes : le tableau 4.4 présente donc des données sur les ventes des quatre entreprises les plus importantes dans chacune des quatorze catégories thérapeutiques de produits d'ordonnance pour certaines années depuis 1964.[5] On y présente des chiffres pour le marché global des produits d'ordonnance dans chacune de ces catégories thérapeutiques et pour le marché des pharmacies et des hôpitaux pris séparément.

On s'aperçoit tout de suite que la concentration dans plusieurs de ces catégories thérapeutiques est beaucoup plus élevée qu'elle ne l'est dans le marché global des produits d'ordonnance. Par exemple, la concentration

---

[5] Les données détaillées pour 1964-1976, pour chacun des marchés des pharmacies, des hôpitaux et des pharmacies et des hôpitaux combinés, pour chacune des 14 catégories thérapeutiques et pour les ratios de concentration des quatre et des huit plus grandes entreprises, ainsi que l'indice de Herfindahl, sont présentés aux tableaux A4.6, A4.7 et A4.8 respectivement. Pour la prédiode de 1979 à 1984, les données qui figurent au tableau A4.9 portent sur les parts de l'ensemble du marché des produits d'ordonnance selon les 14 catégories thérapeutiques, détenues par chacune des dix plus grandes entreprises classées selon leurs ventes pour chacune de ces catégories. Le tableau A4.10 présente des données sur les parts de marché pour chaque catégorie et pour les marchés des pharmacies, des hôpitaux et pour ces marchés réunis en 1979 et en 1984, ainsi que pour chacune des quatre entreprises dominantes selon chaque catégorie en 1984.

Tableau 4.3

Indices de Herfindahl selon la valeur des livraisons,
Industrie des produits pharmaceutiques et autres industries choisies :
Canada, années choisies, 1965-1980

Industries (code 1970 de la C.A.É.)	1965	1968	1970	1972	1974	1976	1978	1980
Industries caractérisées par une faible concentration								
2441 Usines de confection de vêtements pour dames	0,0041	0,0047	0,0047	0,0048	0,0049	0,0051	0,0052	0,0055
2619 Industrie des meubles de maison, n.c.a.	0,0056	0,0065	0,0095	0,0109	0,0118	0,0132	0,0114	0,0136
308 Ateliers d'usinage	0,0050	0,0039	0,0042	0,0047	0,0054	0,0063	0,0065	0,0042
Industrie chimique								
372 Fabricants d'engrais composés	0,1212	0,1589	0,1544	0,1697	0,1695	0,1646	0,1587	0,1443
373 Fabricants de matières plastiques et de résines synthétiques	0,1267	0,1049	0,1097	0,1066	0,1011	0,0911	0,1164	0,1137
374 Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments	0,0355	0,0379	0,0386	0,0364	0,0355	0,0385	0,0370	0,0361
375 Fabricants de peintures et vernis	0,0734	0,0630	0,0578	0,0533	0,0515	0,0455	0,0502	0,0464
376 Fabricants de savon et de produits de nettoyage	0,1959	0,1905	0,1841	0,1617	0,1564	0,1377	0,1607	0,1533
377 Fabricants de produits de toilette	0,0791	0,0841	0,0734	0,0750	0,0792	0,0704	0,0640	0,0589
378 Fabricants de produits chimiques industriels	0,0651	0,0517	nil	nil	nil	nil	nil	nil
Industries caractérisées par une forte concentration								
1093 Brasseries	0,3088	0,2859	0,2800	0,2963	nil	0,3228	0,3172	0,3177
153 Fabricants de produits du tabac	0,3000	0,2882	0,2968	0,2743	0,2792	0,2895	0,3149	0,3364
323 Fabricants de véhicules automobiles	0,3196	0,2960	0,2970	0,2918	nil	0,3008	0,3357	0,3865

Source : Statistique Canada, *Organisation des industries et concentration dans le secteur de la fabrication, des mines et de l'abattage* (numéro 31-402 au catalogue), pour des années données

Tableau 4.4

Concentration des ventes parmi les quatre premières entreprises dans quatorze catégories thérapeutiques majeures de médicaments d'ordonnance : Canada, 1964, 1974 et 1984

	Pharmacies		Hôpitaux		Réunis		
	1964	1974	1964	1974	1964	1974	1984
Analgésiques d'ordonnance	73,1	70,9	66,2	64,4	68,8	66,7	59,2
Antibiotiques : à large spectre et à spectre moyen	58,1	50,7	52,6	67,7	55,7	54,7	49,4
Antibiotiques : par voie orale et autres pénicillines	75,6	86,2	90,6	93,1	78,8	87,4	85,1
Ataraxiques	—	68,5	—	76,6	—	67,0	59,1
Bronchodilatateurs	52,7	66,6	51,4	59,3	51,8	65,2	85,9
Produits d'ordonnance contre la toux et le rhume	43,0	52,1	47,1	51,6	42,9	52,0	51,3
Hématiniques	36,1	37,9	39,7	44,4	34,0	35,5	43,8
Hormones sexuelles	85,0	86,2	52,9	58,6	81,0	83,9	81,8
Hormones : corticostéroïdes seuls	53,9	66,3	76,5	83,4	60,2	68,1	61,8
Hormones : corticostéroïdes en association	59,3	63,5	58,4	61,5	59,3	63,1	55,7
Autres hypotenseurs	86,4	97,0	87,4	92,2	86,7	95,8	81,1
Laxatifs d'ordonnance	—	54,8	—	44,1	—	49,0	51,3
Vitamines	45,9	33,6	41,7	42,0	44,5	32,9	37,2
Éléments nutritifs	77,2	75,6	69,5	80,5	74,7	72,1	87,9

Source : IMS Canada

dépasse 80 pour cent pour les marchés «réunis» dans cinq des quatorze catégories. Dans plusieurs catégories, la concentration est voisine de 50 pour cent ou y est inférieure. Il s'agit des antibiotiques à large spectre et à spectre moyen, des produits d'ordonnance contre la toux et le rhume, des hématiniques et enfin, des laxatifs et des vitamines d'ordonnance.

Les données du tableau 4.5 relatives à la «part» décrite par le nombre d'ordonnances dans le marché global des produits d'ordonnance révèlent une situation fort semblable. La concentration dans les quatre entreprises les plus importantes est plus élevée selon les données relatives aux ordonnances, que selon les données sur la valeur des ventes dans onze catégories thérapeutiques. En fait, la concentration dépasse 90 pour cent dans trois catégories.

Tableau 4.5

Concentration des ordonnances parmi les quatre premières entreprises dans quatorze catégories thérapeutiques majeures de médicaments d'ordonnance : Canada, 1982 et 1984

	1982		1984	
	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %
Marché des médicaments d'ordonnance	174 195	100,0	179 650	100,0
Analgésiques d'ordonnance	12 355	7,1	13 073	7,3
Merck Frosst	4 032	32,6	4 303	32,9
J & J	2 750	22,3	2 867	21,9
Sandoz Canada Inc.	1 286	10,4	1 241	9,5
Carter Products	511	4,1	656	5,0
4 premières entreprises (Total)		69,4		69,3
Antibiotiques à spectre moyen/à large spectre	14 625	8,4	15 669	8,7
Novopharm	3 459	23,6	4 214	26,9
American Home Prod	3 334	22,8	3 604	23,0
Abbott	1 568	10,7	1 488	9,5
Lilly	1 127	7,7	1 273	8,1
4 premières entreprises (Total)		64,8		67,5
Antibiotiques par voie orale/autres pénicillines	3 419	2,0	3 417	1,9
Novopharm	1 024	29,9	1 319	38,6
American Home Prod	821	24,0	833	24,4
Merck Frosst	957	28,0	758	22,2
Rougier-Desbergers	323	9,5	285	8,3
4 premières entreprises (Total)		91,8		93,5
Ataraxiques	12 579	7,2	13 181	7,3
American Home Prod	3 025	24,0	3 943	29,9
Apotex Inc.	1 342	10,7	2 044	15,5
Roche	1 489	11,8	1 459	11,1
Novopharm	1 261	10,0	1 258	9,5
4 premières entreprises (Total)		56,5		66,0
Bronchodilatateurs	5 453	3,1	6 050	3,4
Glaxo-Canada Ltd.	2 270	41,6	2 612	43,2
Astra	682	12,5	1 129	18,7
Warner-Lambert	1 168	21,4	802	13,3
Boerhinger Inc.	377	6,9	530	8,8
4 premières entreprises (Total)		82,4		84,0

Tableau 4.5 (suite)

Concentration des ordonnances parmi les quatre premières entreprises dans quatorze catégories thérapeutiques majeures de médicaments d'ordonnance : Canada, 1982 et 1984

	1982		1984	
	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %
Produits d'ordonnance contre la toux et le rhume	6 522	3,7	5 573	3,1
Robins	1 145	17,6	957	17,2
Dow	1 049	16,1	861	15,5
B.W.	837	12,8	675	12,1
Glaxo-Canada Ltd.	844	5,3	410	7,4
4 premières entreprises (Total)		51,8		52,2
Hématiniques	1 294	0,7	1 289	0,7
Novopharm	325	25,1	266	20,7
Beecham	98	7,6	121	9,4
Ciba-Geigy	123	9,5	120	9,3
Apotex Inc.	50	3,9	118	9,2
4 premières entreprises (Total)		46,1		48,6
Hormones sexuelles	12 722	7,3	12 506	7,0
American Home Prod.	6 289	49,4	6 610	52,6
J & J	3443	27,1	3361	26,9
Syntex	1 141	9,0	870	7,0
Warner-Lambert	605	4,8	410	3,3
4 premières entreprises (Total)		90,3		90,1
Hormones : Corticostéroïdes seuls	5 447	3,1	5 541	3,1
Schering-Plough	1 074	19,7	1 304	23,5
Glaxo-Canada Ltd.	1 300	23,9	1 238	22,3
Upjohn	870	16,0	760	13,7
Syntex	486	8,9	381	6,9
4 premières entreprises (Total)		68,5		66,4
Hormones : Corticostéroïdes en association	2 362	1,4	2 245	1,2
Squibb Corp.	438	18,6	416	18,5
B.W.	317	13,4	317	14,1
Ciba-Geigy	290	12,3	260	11,6
Upjohn	284	12,0	244	10,9
4 premières entreprises (Total)		56,3		55,1

Tableau 4.5 (Suite)

	1982		1984	
	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %	Nombre d'ordonnances	Exprimé en %
Autres Hypotenseurs	3 213	1,8	3 209	1,8
Ciba-Geigy	634	19,7	678	21,1
Merck Frosst	830	25,8	610	19,0
Apotex Inc.	278	8,6	503	15,7
Pfizer	402	12,5	496	15,5
4 premières entreprises (Total)		66,6		71,3
Laxatifs d'ordonnance	2 551	1,5	2 430	1,4
Searle	905	35,5	778	32,0
Hoechst	272	10,7	269	11,1
Purdue Frederick	242	9,5	215	8,8
Bristol-Myers	125	4,9	133	5,5
4 premières entreprises (Total)		60,6		57,4
Vitamines	2 705	1,6	2 918	1,6
Novopharm	536	19,8	504	17,3
American Home Prod.	361	13,3	341	11,7
Intl. Chem. & Nuclr.	226	8,4	192	6,6
Wampole	154	5,7	181	6,2
4 premières entreprises (Total)		47,2		41,8
Éléments nutritifs	46	0,0	55	0,0
Abbott	20	44,0	26	47,4
Bristol-Myers	9	20,5	13	23,2
Sandoz Canada Inc.	5	11,5	9	16,4
Rougier-Desbergers	3	6,4	4	6,7
4 premières entreprises (Total)		82,4		93,7

Source : IMS Canada

La part que détiennent les fabricants de produits génériques et le rang qu'ils occupent pour ce qui est des ordonnances revêtent un intérêt particulier. Si ces fabricants comptent parmi les quatre premières entreprises dans une catégorie thérapeutique dans trois cas sur un total de 56, en ce qui a trait à la valeur des ventes, comme l'indique le tableau A4.10, ils figurent au nombre des quatre entreprises les plus importantes pour les ordonnances dans 12 cas sur 56, comme l'indique le tableau 4.5.

Des taux de concentration aussi élevés que ceux qui sont indiqués aux tableaux 4.4 et 4.5 sont donc semblables à ceux qu'on retrouve aux tableaux 4.2 et 4.3 pour des industries telles que les brasseries, les fabricants de produits du tabac et les fabricants de véhicules à moteur. Les taux de concentration dans ces industries sont les plus élevés dans toute l'économie canadienne.

Bien qu'ils soient plus élevés que ceux du marché global, les taux de concentration d'à peu près 50 pour cent ou moins qui s'appliquent à plusieurs catégories thérapeutiques chez les quatre entreprises dominantes sont néanmoins modérés par rapport à ceux d'autres industries au Canada. Par exemple, le taux de concentration pour les fabricants de peintures et de vernis, les fabricants de produits de toilette et les fabricants de produits chimiques industriels se situe entre 40 et 50 pour cent.

Reste à voir s'il est possible d'établir un parallèle entre l'industrie pharmaceutique et d'autres industries en comparant le taux de concentration pour une catégorie thérapeutique particulière de produits d'ordonnance à celui d'une industrie tout entière. Dans le cas de l'industrie des produits de toilette, par exemple, il est également possible en principe de diviser le marché en sous-classes distinctes et d'examiner la concentration relative dans chacune d'entre elles. Il est probable que les shampooings ne concurrencent par directement les lotions après rasage, pas plus que ne le font les laxatifs d'ordonnance par rapport aux bronchodilatateurs.

Concentration dans les sous-marchés définie selon les catégories diagnostiques

Les renseignements présentés au tableau 4.6 donnent une autre perspective pour déterminer dans quelle mesure les médicaments de catégories thérapeutiques différentes entrent en concurrence les uns avec les autres. Les données portent sur la fréquence relative d'ordonnance de médicaments appartenant aux catégories thérapeutiques le plus souvent utilisées pour une maladie particulière et ce, pour chacune des dix-huit grandes catégories diagnostiques utilisées de la Classification internationale des maladies (CIM). Dans le cas des maladies infectieuses et parasitaires, par exemple, les médicaments appartenant à la catégorie thérapeutique la plus fréquemment utilisée représentent 32 pour cent de tous les médicaments employés pour traiter les personnes atteintes de ces maladies, tandis que les médicaments de la catégorie thérapeutique venant au deuxième rang représentent 10,5 pour cent. Enfin, les médicaments qui faisaient partie d'une catégorie autre que les quatre plus importantes intervenaient pour 44,7 pour cent de tous les médicaments prescrits.

Les médicaments appartenant aux deux catégories thérapeutiques dominantes représentent la plus forte proportion de tous les médicaments prescrits pour quelques catégories diagnostiques générales. Dans le cas des troubles mentaux et des maladies des organes hématopoïétiques par exemple, les médicaments appartenant aux deux catégories thérapeutiques dominantes représentaient 83,5 et 73,9 pour cent respectivement de tous les médicaments prescrits aux personnes atteintes de ces maladies. En général, toutefois, les médicaments appartenant aux deux principales catégories thérapeutiques interviennent pour moins de 50 pour cent de tous les médicaments prescrits.

En revanche, des médicaments provenant d'un vaste éventail de catégories thérapeutiques sont employés dans le traitement de nombreuses catégories

Tableau 4.6

Répartition des médicaments de catégories thérapeutiques différentes employés pour le traitement de catégories diagnostiques générales données, 1982

Catégories diagnostiques générales ICMT	Nombre de fois, exprimé en pourcentage, que sont prescrits les médicaments appartenant aux quatre catégories thérapeutiques les plus fréquemment employées, classés par ordre de fréquence :					
	La plus importante	Seconde en importance	Troisième en importance	Quatrième en importance	Autres catégories thérapeutiques importantes	Total
Maladies infectieuses et parasitaires	32,0	10,5	8,7	4,1	44,7	100,0
Tumeurs (cancer)	28,4	21,7	6,4	4,5	39,0	100,0
Maladies des glandes endocrines, de la nutrition et du métabolisme	56,3	11,5	8,2	6,7	17,3	100,0
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	68,4	5,5	3,7	2,8	19,6	100,0
Troubles mentaux	69,1	14,4	5,3	1,9	9,3	100,0
Maladies du système nerveux et des organes des sens	20,7	14,6	8,4	7,5	48,8	100,0
Maladies de l'appareil circulatoire	47,4	28,0	3,2	2,2	19,4	100,0
Maladies de l'appareil respiratoire	37,2	17,8	15,1	4,2	25,7	100,0
Maladies de l'appareil digestif	25,9	12,7	8,6	8,0	44,8	100,0
Maladies des organes génito-urinaires	36,4	8,9	7,9	4,9	41,9	100,0
Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	20,0	15,7	8,5	7,6	48,2	100,0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	25,2	18,0	13,8	10,7	32,3	100,0
Maladies du système ostéo-articulaire et du tissu conjonctif	51,4	23,1	5,7	4,1	15,7	100,0
Anomalies congénitales	16,0	15,6	10,9	8,9	48,6	100,0
Certaines causes de morbidité et de mortalité périnatales	19,4	14,6	12,6	12,6	40,8	100,0
Symptômes et états morbides mal définis	18,1	4,7	4,2	3,7	69,3	100,0
Accidents, empoisonnements et violence	31,8	10,3	7,0	6,0	44,9	100,0
États spéciaux ne comportant pas de manifestations morbides	35,9	23,3	9,8	5,3	25,7	100,0

Source : IMS Canada

diagnostiques, notamment les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies du système nerveux central et des organes des sens et les maladies de l'appareil digestif. Bien que certaines personnes puissent être atteintes de plus d'une maladie, il semblerait qu'on utilise couramment des médicaments provenant de plusieurs catégories thérapeutiques pour traiter des maladies appartenant à une grande catégorie diagnostique donnée.

Il y a une autre façon d'envisager les données décrites ci-dessus, et c'est de s'arrêter aux diagnostics auxquels sont associés les médicaments d'une catégorie thérapeutique particulière, comme l'indique le tableau 4.7. Par exemple, 14,5 pour cent de tous les analgésiques d'ordonnance sont prescrits pour une seule catégorie diagnostique générale; 14,5 pour cent pour une deuxième; 10,2 pour cent pour une troisième; et 9,3 pour cent pour une quatrième catégorie. Ainsi, quelque 48,5 pour cent de tous les analgésiques d'ordonnance sont prescrits pour le traitement de quatre grandes catégories diagnostiques seulement.

Les chiffres correspondants pour plusieurs catégories thérapeutiques sont beaucoup plus élevés puisque dans six catégories, plus de 80 pour cent des médicaments servent au traitement d'une seule catégorie diagnostique majeure.

Les données présentées au tableau 4.7 indiquent donc l'existence d'un lien beaucoup plus direct entre la catégorie thérapeutique et les catégories diagnostiques générales que ne le laissaient entrevoir les données du tableau 4.6. Malgré tout, ce lien n'est pas suffisamment étroit pour permettre de conclure que, dans l'ensemble, les catégories thérapeutiques ou les catégories diagnostiques générales représentent des marchés bien définis.

On peut aussi rassembler des données sur l'usage de produits pharmaceutiques pour le traitement de catégories diagnostiques particulières sous forme d'un ratio de la part revenant aux quatre premières entreprises. L'interprétation d'un tel ratio par catégorie diagnostique est que les entreprises qui interviennent pour la plus forte proportion de tous les médicaments employés pour le traitement d'une catégorie diagnostique donnée représentent un pourcentage estimatif de tous les médicaments prescrits aux personnes atteintes d'une maladie classée dans cette catégorie particulière. D'après les données présentées au tableau 4.8, environ 21,7 pour cent de tous les médicaments employés par des personnes atteintes d'une maladie infectieuse ou parasitaire ont été fabriqués par quatre entreprises en 1969. De plus, 48,6 pour cent de tous les médicaments employés pour des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches provenaient des quatre entreprises qui fabriquaient les médicaments utilisés le plus souvent par ces malades. Les données qui sont présentées au tableau 4.8 semblent indiquer une concentration relativement faible des entreprises qui fabriquent des médicaments pour le traitement d'une grande catégorie diagnostique particulière.

On pourrait soutenir que les grandes catégories diagnostiques présentées au tableau 4.8 sont trop vastes et qu'il serait plus facile de mesurer le degré de concentration de la production entre les mains de quelques entreprises si ces

Tableau 4.7

Répartition des catégories diagnostiques générales traitées à l'aide de médicaments de catégories thérapeutiques données : Canada, 1982

	Nombre de fois, exprimé en pourcentage, que des catégories diagnostiques générales sont traitées à l'aide de médicaments d'une catégorie thérapeutique donnée, lorsque ces catégories diagnostiques sont classées par ordre de fréquence :					
Catégorie thérapeutique (16 grandes catégories)	**La plus importante**	**Deuxième en importance**	**Troisième en importance**	**Quatrième en importance**	**Autres catégories diagnostiques**	**Total**
Analgésiques	14,5	14,5	10,2	9,3	51,5	100,0
Antiarthritiques et médicaments pour le traitement de la goutte	68,4	10,3	6,2	5,2	9,9	100,0
Antiinfectieux, généraux	45,5	16,0	12,6	8,3	17,6	100,0
Antispasmodiques/inhibiteurs de sécrétions	68,6	13,0	4,0	2,6	11,8	100,0
Bronchodilatateurs	94,0	1,9	1,5	1,0	1,6	100,0
Substances agissant sur le système cardiovasculaire	93,0	3,0	0,7	0,6	2,7	100,0
Contraceptifs	89,8	9,3	0,3	0,2	0,4	100,0
Préparations contre la toux et le rhume	80,5	13,0	4,0	0,6	1,9	100,0
Préparations dermatologiques	38,2	34,2	9,6	8,9	9,1	100,0
Diurétiques	84,9	5,9	2,7	1,6	4,9	100,0
Hormones	34,4	16,9	12,8	6,3	29,6	100,0
Laxatifs d'ordonnance	59,0	10,9	5,8	5,6	18,7	100,0
Éléments nutritifs et suppléments	59,8	12,9	6,5	4,1	16,7	100,0
Préparations ophtalmiques	86,3	7,8	1,8	1,3	2,8	100,0
Médicaments employés en psychothérapie	76,3	4,8	4,4	3,0	11,5	100,0
Vitamines	51,7	14,0	6,4	3,9	24,0	100,0

Source : IMS Canada

Tableau 4.8

Indices de concentration des quatre premières entreprises, selon la catégorie diagnostique, 1969-1976

	Catégorie diagnostique	Pourcentage des consultations totales (1976)	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
00-13	Maladies infectieuses et parasitaires	4,8	21,7	23,9	28,7	28,7	31,6	28,2	27,3	25,4
14-23	Tumeurs (cancer)	2,0	26,9	25,8	23,7	26,0	32,1	48,4	57,9	53,1
24-27	Maladies des glandes endocrines, de la nutrition et du métabolisme	4,2	31,4	36,0	29,9	24,5	29,0	30,5	26,3	28,7
28-28	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	1,3	19,8	25,4	29,9	30,5	26,5	29,3	29,3	27,1
29-31	Troubles mentaux	9,5	49,4	55,3	53,3	52,1	52,7	51,1	51,5	48,6
32-38	Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,6	25,6	24,0	26,3	34,1	28,1	27,1	27,7	30,3
39-45	Maladies de l'appareil circulatoire	10,5	32,5	36,3	39,2	42,8	45,9	48,1	49,3	49,1
46-51	Maladies de l'appareil respiratoire	17,6	23,9	24,8	26,5	21,9	24,8	25,8	25,2	26,5
52-57	Maladies de l'appareil digestif	5,8	25,8	29,6	30,2	28,9	29,0	27,8	28,8	31,8
58-62	Maladies des organes génito-urinaires	8,6	38,2	35,9	43,0	42,6	42,8	41,4	42,3	39,8
63-67	Complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches	,6	48,6	41,6	46,6	41,2	31,3	35,0	31,9	40,3
68-70	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7,8	22,7	23,7	27,9	26,7	27,8	28,6	27,2	28,4

	Catégorie diagnostique	Pourcentage des consultations totales (1976)	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
71-73	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6,3	42,3	49,5	52,1	54,2	49,7	53,4	52,3	58,3
74-75	Anomalies congénitales	,3	33,4	—	—	—	—	—	—	—
76-77	Certaines causes de morbidité et de mortalité périnatales	0,0	—	—	—	—	—	—	58,8	—
78-79	Symptômes et états morbides mal définis	8,4	28,0	29,2	28,8	29,7	31,2	29,5	30,2	28,3
90	Diagnostics non identifiés	0,0	20,7	10,5	17,2	16,1	—	—	—	—
N8-N9	Accidents, empoisonnements et violence	4,2	31,2	36,1	44,1	41,3	38,7	39,6	38,6	39,5
Y0-Y8	Classifications supplémentaires	9,5	29,7	30,8	39,4	52,3	48,6	46,9	53,7	57,7
		100,0								

Source : IMS Canada

catégories étaient plus restreintes. Les données du tableau 4.9 portent sur dix catégories diagnostiques plus restreintes et, à l'égard de chacune, sur la part du marché des médicaments utilisés pour le traitement de ces maladies revenant aux quatre fabricants des médicaments employés le plus souvent pour le traitement de ces malades. Selon le tableau 4.9, la concentration est, en général, plus forte que ce qui est indiqué au tableau 4.8. Par exemple, 57 pour cent de tous les médicaments employés par les personnes atteintes de maladies hypertensives provenaient des quatre fabricants dont les produits sont le plus souvent utilisés par ces malades.

Dans l'ensemble toutefois, les ratios de concentration de la production entre les mains de quatre fabricants pour des catégories diagnostiques restreintes sont assez faibles. Il semblerait donc qu'on substitue fréquemment un médicament à un autre dans le cas des personnes atteintes d'une maladie définie.

Concentration dans l'industrie pharmaceutique au Canada - résumé

Les niveaux de concentration se situeraient donc à un niveau intermédiaire par rapport à d'autres marchés définis de manière semblable. La concentration globale dans le marché des médicaments d'ordonnance est sans doute une sous-estimation de la concentration réelle. Par ailleurs, les estimations de la concentration par catégorie thérapeutique sont sans doute trop élevées dans la mesure où cette estimation reflète à quel point la production dans un «marché bien défini» est concentrée entre les mains des plus grandes entreprises. En général, une catégorie thérapeutique ne représente pas un marché bien défini dans lequel les médicaments sont en concurrence directe les uns avec les autres, mais non avec les médicaments d'autres catégories thérapeutiques.

Comparaisons internationales de la concentration

On peut facilement comparer les taux de concentration au Canada avec ceux d'autres pays, surtout des États-Unis. Le tableau 4.10 présente des données sur les États-Unis qui correspondent à celles du tableau 4.2 pour le Canada. Dans le cas des fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, la concentration observée aux États-Unis semble plus faible qu'au Canada si on tient compte de la production des quatre plus grandes entreprises. En 1972 par exemple, les quatre entreprises dominantes de produits pharmaceutiques au Canada intervenaient pour 27,8 pour cent de la production, tandis qu'aux États-Unis, cette proportion n'était que de 26 pour cent.

Lorsqu'on compare le pourcentage de la production des huit entreprises dominantes, il n'est pas tout à fait évident que la concentration soit plus élevée au Canada qu'aux États-Unis. En 1972, les huit plus grandes entreprises au Canada intervenaient pour 42,4 pour cent de la production, tandis que le chiffre correspondant aux États-Unis était de 44 pour cent.

Tableau 4.9

Indices de concentration des quatre premières entreprises, selon la catégorie plus précise, 1969-1976

	Catégorie diagnostique	Pourcentage des consultations totales (1976)	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
30	Troubles névrotiques, de la personnalité et autres non-psychotiques	8,7	49,5	56,8	56,3	54,6	55,5	53,1	53,4	51,0
38	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	3,9	35,3	35,7	33,7	32,4	34,2	31,5	32,0	34,8
40	Maladies hypertensives	5,2	57,0	67,2	69,2	65,2	70,0	68,4	66,3	67,6
46	Affections aiguës des voies respiratoires (à l'exclusion de la grippe)	9,2	27,0	31,0	29,5	27,1	29,7	31,2	30,4	30,7
49	Bronchite, emphysème et asthme	4,3	23,5	26,8	25,9	22,4	22,9	22,6	25,1	29,6
59	Autres maladies de l'appareil urinaire	2,5	53,5	45,2	53,6	54,3	56,1	51,7	47,9	48,0
62	Affections de l'utérus et des autres organes génitaux de la femme	4,8	38,9	45,2	50,5	46,8	49,2	47,2	53,9	52,6
69	Autres affections inflammatoires de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	4,0	28,0	32,8	39,2	38,3	39,7	40,5	40,5	43,2
71	Arthrite et rhumatisme, sauf le rhumatisme articulaire aigu	3,1	41,7	48,3	56,0	56,5	51,9	59,5	57,0	62,3
78	Symptômes relatifs à des systèmes, des appareils ou des organes	6,3	23,3	25,7	25,5	25,9	28,0	26,4	25,6	25,5
		52,0								

Source : IMS Canada

Tableau 4.10

Ratios de concentration selon la valeur des livraisons
Industries des produits pharmaceutiques et autres industries choisies : États-Unis, années choisies, 1963-1977

Code de l'industrie	1963		1967		1972		1977	
	C4	C8	C4	C8	C4	C8	C4	C8
Industries caractérisées par une faible concentration								
2751 Impression commerciale (typographie)	13,0	19,0	14,0	21,0	14,0	19,0	14,0	19,0
2752 Impression commerciale (lithographie)	6,0	10,0	5,0	8,0	4,0	8,0	6,0	10,0
2086 Boissons gazeuses, en bouteilles et en canettes	12,0	17,0	13,0	20,0	14,0	21,0	15,0	22,0
2335 Fabricants de vêtements pour dames et pour fillettes	6,0	9,0	7,0	9,0	9,0	13,0	n.a.	n.a.
Industrie chimique :								
2821 Fabricants de matières plastiques et de résines	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	26,0	41,0	22,0	37,0
2834 Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments	22,0	38,0	24,0	40,0	26,0	44,0	24,0	43,0
2851 Fabricants de peintures et vernis	23,0	34,0	22,0	35,0	22,0	34,0	n.a.	n.a.
2841 Fabricants de savon et de produits de nettoyage	72,0	80,0	70,0	78,0	62,0	74,0	59,0	71,0
2844 Fabricants de produits de toilette	38,0	52,0	38,0	52,0	38,0	53,0	40,0	56,0
2869 Fabricants de produits chimiques industriels	51,0	63,0	45,0	58,0	43,0	57,0	n.a.	n.a.
Industries caractérisées par une forte concentration								
2874 Fibres organiques, non cellulosiques	94,0	99,0	84,0	94,0	74,0	91,0	78,0	90,0
3711 Véhicules à moteur	n.a.	n.a.	92,0	98,0	93,0	99,0	93,0	99,0
3861 Matériel de photographie	63,0	76,0	69,0	81,0	74,0	85,0	72,0	86,0

Source : United States Department of Commerce, *Census of Manufacturers*, 1977

Dans les deux pays, on observe des tendances similaires, c'est-à-dire une augmentation de la concentration entre le milieu et la fin des années 1960 et d'une baisse après 1972.

Par rapport à d'autres industries américaines, la concentration dans l'industrie pharmaceutique semble relativement faible, comme c'est le cas au Canada.

Le tableau 4.11 fournit des renseignements semblables pour 21 pays au sujet de la concentration de la production entre les mains des plus grandes

Tableau 4.11

Part du marché des 25 grandes sociétés pharmaceutiques dans le monde

Partie A : Ventes globales dans 21 pays, 1982

Rang	Entreprise	Indice des ventes	Part, exprimée en %
1	Merck Sharp & Dohme	100	3,4
2	Ciba-Geigy (+Zyma, etc.)	92	3,1
3	Hoechst-Roussel	89	3,0
4	American Home Prod.	88	3,0
5	SmithKline & French	82	2,7
6	Pfizer	82	2,7
7	Eli Lilly	75	2,5
8	Johnson & Johnson	72	2,4
9	Roche	67	2,3
10	Bristol-Myers	64	2,1
	Total des 10 premières entreprises :		27,1
11	Sandoz	62	2,1
12	Boehringer	58	1,9
13	Warner/Parke-Davis	57	1,9
14	Bayer	50	1,7
15	Upjohn	44	1,5
16	Schering	44	1,5
17	Abbott	43	1,5
18	Takeda	38	1,3
19	Squibb	36	1,2
20	Beecham	36	1,2
	Total des 20 premières entreprises :		42,8
21	Lederle	35	1,2
22	Glaxo	35	1,2
23	Shionogi	34	1,1
24	ICI	32	1,1
25	Searle	32	1,1
	Total des 25 premières entreprises :		48,5
	Marché total de 21 pays :		100,0

Tableau 4.11 (suite)

Part du marché des 25 grandes sociétés pharmaceutiques dans le monde

Partie II : Part du marché global de certains pays, 1980

Pays	Part, exprimée en %
France	41,3
Allemagne de l'Ouest	42,0
Italie	42,0
Espagne	43,0
Moyenne des 21 pays	48,5
Suisse	51,7
Belgique	54,0
Autriche	56,6
Royaume-Uni	63,0
Canada	74,8*

* D'après les données de 1982

Source : Partie I — Dr Klans von Grebmer, Healthecon Inc., Bâle, Suisse, selon ce qui est décrit dans *Scrip*, nº 845 (9 novembre 1983), p. 13

Partie II — *Scrip*, nº 865 (25 janvier 1984), p. 7

entreprises de produits pharmaceutiques sur les marchés internationaux. La concentration de la production entre les mains des 25 plus grandes entreprises dans l'ensemble du marché des 21 pays, dont les États-Unis, le Japon et l'Europe occidentale, est de 48,5 pour cent; pour quatre pays, elle est inférieure à ce pourcentage, et pour cinq, dont le Canada, elle est supérieure à ce pourcentage. Parmi ces cinq pays, c'est le Canada qui présente le taux de concentration le plus élevé. Ce résultat contraste avec le taux comparatif de concentration pour les quatre ou huit plus grandes entreprises. En l'occurrence, les taux de concentration observés au Canada sont semblables à ceux d'autres pays.

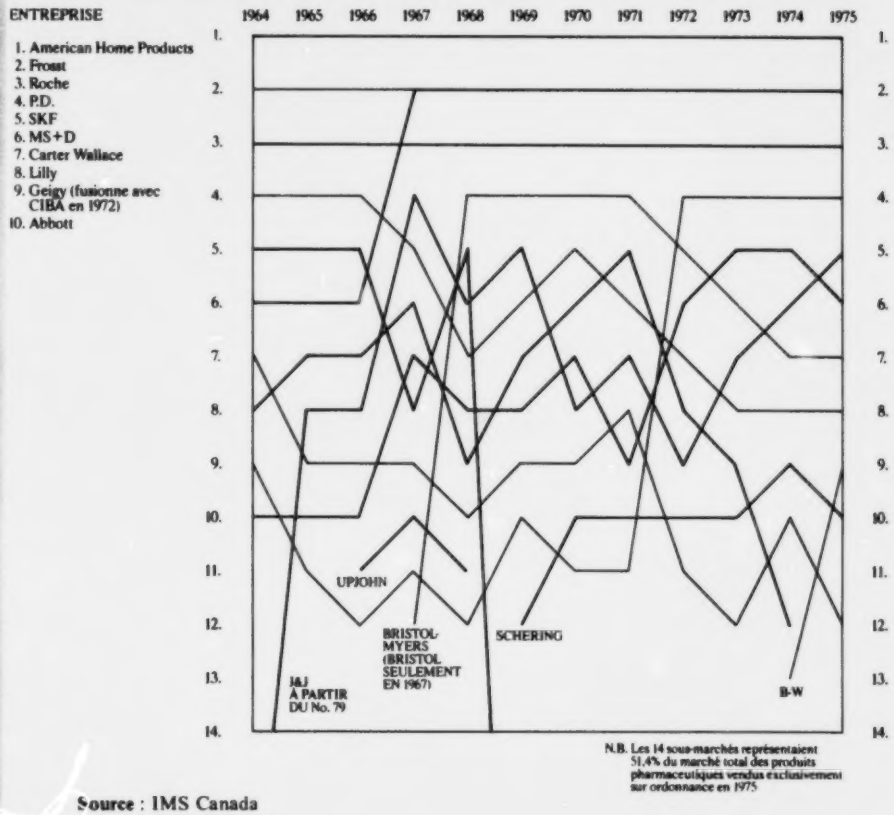
Stabilité des parts du marché

Examen de la stabilité des parts du marché

Cette section porte sur la stabilité des parts du marché d'une année à l'autre, particulièrement chez les plus grandes entreprises. Le graphique 4.1 fournit des données sur le classement des dix premières entreprises, selon la part du marché global des produits d'ordonnance au Canada qu'elles détenaient entre 1964 et 1976. Au cours de cette période, les trois entreprises dominantes ont occupé les trois premiers rangs, à l'exception de celle qui était au troisième rang et qui a glissé au cinquième au cours de la dernière année. Par contre, la part relative du marché global des produits d'ordonnance détenue par les sept autres entreprises a varié de façon constante et assez marquée au cours de cette période.

Graphique 4.1

Classement des entreprises selon la part du marché : marché global des médicaments d'ordonnance – pharmacies et hôpitaux réunis, 1964-1975



Source : IMS Canada

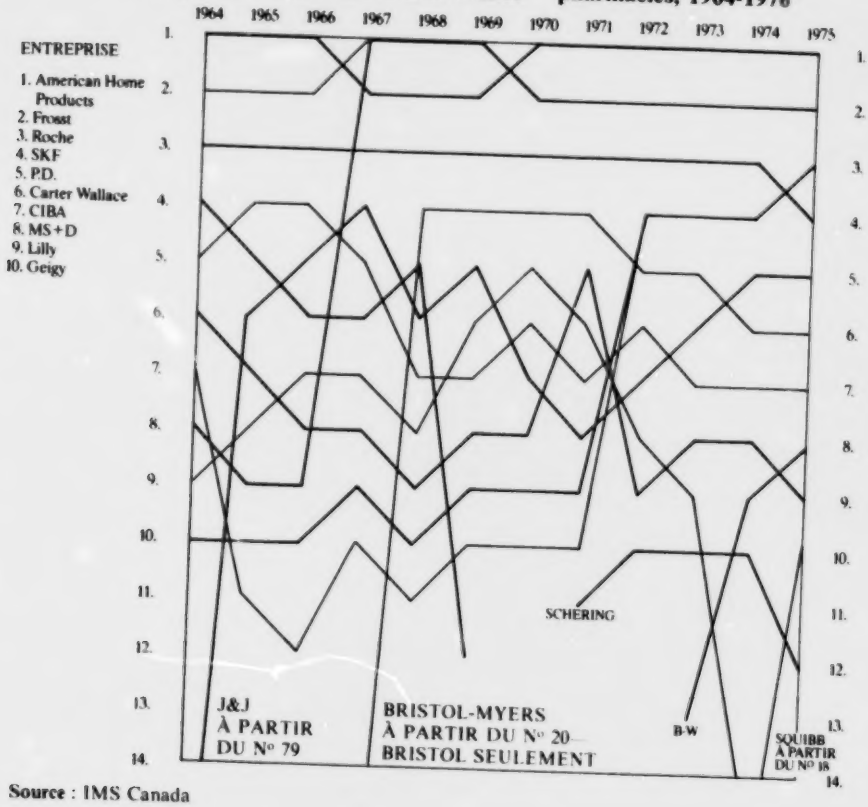
Le graphique 4.2 fournit des renseignements semblables au sujet des pharmacies, l'élément principal du marché des produits d'ordonnance. Une fois de plus, on constate que la part des trois entreprises dominantes demeure assez stable. Celle des autres entreprises enregistre des variations importantes.

Le graphique 4.3 présente des données sur la part du marché des médicaments d'ordonnance que représentent les hôpitaux. En l'occurrence, seules deux des entreprises dominantes ont presque toujours occupé le même rang au cours des treize années, sauf pendant les trois dernières années, où leur part du marché était instable. De 1964 à 1976, la part des huit autres entreprises a été fort instable.

Dans la section précédente, on s'est penché sur les catégories thérapeutiques individuelles; on le fait ici pour la stabilité de la part du marché de ces catégories. Les données présentées dans les graphiques A4.1 à A4.3 indiquent

Graphique 4.2

Classement des entreprises selon la part du marché : marché global des produits d'ordonnance – pharmacies, 1964-1976



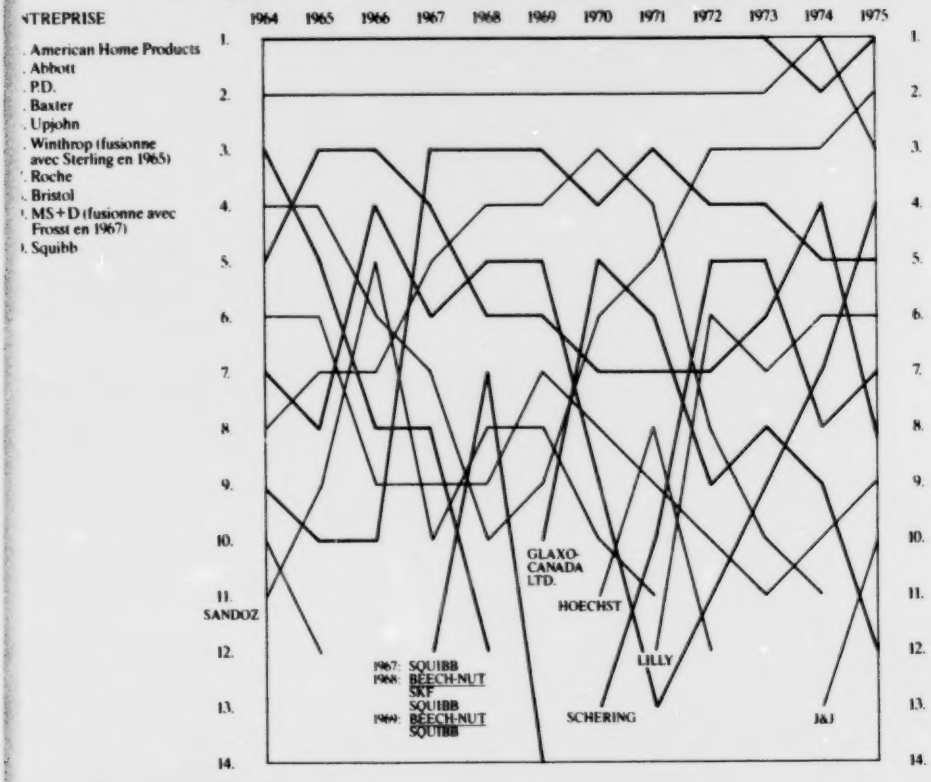
Source : IMS Canada

qu'à première vue, pour des catégories thérapeutiques particulières, les parts du marché global des produits d'ordonnance sont un peu plus stables que celles de l'ensemble des produits d'ordonnance et de chacune de ces composantes principales, c'est-à-dire les pharmacies et les hôpitaux. Cependant, on note une fois de plus que la stabilité des parts du marché que détiennent les deux ou trois entreprises dominantes semble beaucoup plus grande que pour les autres entreprises.

Les données sur la stabilité des parts du marché au cours des six dernières années, soit de 1979 à 1984, présentées au tableau A4.11 de l'annexe, confirment la situation observée entre 1964 et 1976. Les parts de marché des deux ou trois premières entreprises sont généralement stables et celles des autres peuvent varier considérablement. Les changements dans le rang qu'occupent les fabricants de médicaments génériques correspondent à la lente augmentation générale de la part du marché détenue par ces entreprises réunies, bien qu'elles ne passent pas toujours à un rang supérieur.

Graphique 4.3

Classement des entreprises selon la part du marché : marché global des médicaments d'ordonnance – hôpitaux 1964-1975



Source : IMS Canada

Indices d'instabilité des parts du marché

L'examen de graphiques semblables à ceux qui sont décrits ci-dessus et à ceux qui sont présentés dans l'annexe permet d'évaluer assez rapidement la stabilité relative des parts du marché de 1964 à 1976, sans toutefois permettre de faire des comparaisons entre les produits pharmaceutiques d'une part, et les produits d'autres industries, d'autre part. De telles comparaisons nécessitent l'emploi d'une mesure statistique de l'instabilité des parts du marché, comme l'indice d'instabilité établi en 1962 par S. Hymer et P. Pashigian. Des indices d'instabilité du genre pour l'ensemble du marché des médicaments d'ordonnance et pour chacune des quatorze catégories thérapeutiques sont donnés au tableau 4.12 pour le marché des pharmacies et celui des hôpitaux réunis et pour le marché des pharmacies de détail, d'une part, et celui des hôpitaux, d'autre part. Les indices ont été calculés pour plusieurs périodes entre 1964 et 1976.

Tableau 4.12

Indices d'instabilité selon la catégorie thérapeutique pour diverses périodes, 1964-1975

Périodes		Marché global des médicaments d'ordonnance	Analgésiques d'ordonnance 5,4%	Antibiotiques : à large spectre et à spectre moyen 4,9%	Antibiotiques : par voie orale et autres pénicillines 3,0%	Ataraxiques 5,4%	Broncho-dilatateurs 2,3%	Préparations d'ordonnance contre la toux et le rhume 5,1%	Hématiniques 0,9%	Hormones sexuelles 6,8%	Hormones : corticostéroïdes seuls 2,9%	Hormones : corticostéroïdes en association 1,7%	Autres hypotenseurs 1,6%	Laxatifs d'ordonnance 2,0%	Vitamines 6,0%	Éléments nutritifs 3,4%
1964-	A[a]	,095	,196	,175	,156		,273	,198	,239	,396	,253	,155	,356		,154	,155
1966	B[b]	,115	,149	,180	,143		,244	,206	,242	,398	,282	,170	,348		,156	,148
	C[c]	,149	,162	,266	,253		,399	,264	,260	,222	,154	,278	,359		,236	,358
1967-	A	,105	,107	,297	,087		,280	,136	,223	,229	,149	,115	,259	,158	,198	,235
1969	B	,119	,130	,277	,134		,330	,144	,247	,242	,163	,128	,256	,153	,204	,246
	C	,130	,210	,349	,079		,273	,220	,344	,181	,231	,202	,274	,190	,260	,303
1970-	A	,118	,112	,376	,339	,225	,546	,236	,235	,215	,247	,225	,302	,255	,303	,334
1972	B	,136	,114	,341	,308	,252	,564	,244	,255	,216	,299	,227	,315	,261	,304	,338
	C	,171	,268	,547	,432	,225	,434	,257	,403	,208	,120	,267	,201	,369	,467	,415
1973-	A	,131	,222	,288	,195	,200	,343	,213	,214	,109	,174	,245	,194	,213	,328	,284
1975	B	,140	,240	,386	,225	,225	,355	,214	,223	,107	,193	,244	,184	,216	,332	,184
	C	,183	,286	,262	,151	,318	,445	,406	,312	,227	,216	,228	,344	,308	,349	1,005
1964-	A	,215	,257	,500	,311		,511	,353	,418	,538	,338	,254	,622		,273	,470
1969	B	,222	,277	,482	,337		,508	,361	,434	,568	,449	,269	,626		,265	,491
	C	,271	,279	,658	,314		,645	,309	,401	,386	,146	,344	,546		,350	,673
1970-	A	,228	,351	,693	,492	,468	,963	,386	,425	,356	,325	,451	,464	,632	,502	,559
1975	B	,262	,369	,607	,516	,550	,944	,396	,442	,356	,306	,468	,481	,649	,508	,512
	C	,343	,525	,886	,491	,452	,877	,331	,512	,400	,329	,419	,548	,671	,561	1,146
1964-	A	,347	,465	1,120	,736		1,123	,702	,716	,740	,630	,612	1,155		,658	1,031
1975	B	,367	,516	1,001	,781		1,122	,716	,745	,769	,701	,610	1,187		,671	1,016
	C	,461	,608	1,365	,630		1,160	,556	,652	,463	,359	,644	,876		,722	1,205
1974-	A	,133	,267	,393	,291	,265	,382	,149	,239	,147	,292	,212	,220	,200	,235	,222
1975	B	,148	,281	,407	,324	,311	,366	,157	,256	,153	,284	,224	,219	,207	,242	,196
	C	,182	,231	,395	,373	,236	,568	,277	,441	,150	,247	,149	,304	,372	,349	,436

[a]A représente le marché des pharmacies et celui des hôpitaux réunis.

[b]B représente le marché des pharmacies de détail.

[c]C représente le marché des hôpitaux.

Source : IMS Canada

Compte tenu de la nature de la formule utilisée pour le calcul de l'indice d'instabilité, voici comment il faut l'interpréter : plus la valeur de l'indice est élevée, plus la part du marché est instable.

On peut déduire plusieurs choses des résultats présentés au tableau 4.12. Premièrement, l'instabilité des parts du marché est généralement plus élevée dans le marché des hôpitaux qu'elle ne l'est dans celui des pharmacies et des hôpitaux réunis ou dans celui des pharmacies pris séparément. Par exemple, entre 1974 et 1976, le marché des hôpitaux a affiché un indice d'instabilité de .182 pour l'ensemble du marché des médicaments d'ordonnance. Par ailleurs, cet indice était de .148 pour le marché des pharmacies de détail et de .133 pour le marché des pharmacies et celui des hôpitaux réunis.

Deuxièmement, l'instabilité est généralement beaucoup plus marquée pour les catégories thérapeutiques individuelles que pour l'ensemble du marché des produits d'ordonnance. Entre 1974 et 1976 par exemple, l'indice de .133 rattaché à l'ensemble du marché des produits d'ordonnance pour les pharmacies et les hôpitaux réunis est plus bas, et dans certains cas beaucoup plus bas, que pour l'une ou l'autre des quatorze catégories thérapeutiques. On obtient à peu près les mêmes résultats lorsqu'on tient compte du marché des pharmacies et de celui des hôpitaux pris séparément. Dans les deux cas, l'instabilité des parts du marché en question pour l'ensemble des produits d'ordonnance est moins forte que l'instabilité observée dans le cas des catégories thérapeutiques individuelles.

Troisièmement, les données du tableau 4.12 permettent de dire que l'instabilité des parts de marché a augmenté régulièrement sur une période de treize ans. Par exemple, en ce qui a trait à l'ensemble du marché des pharmacies et des hôpitaux réunis pour les produits d'ordonnance, l'indice d'instabilité est passé de .95 en 1965-1966 à .133 en 1974-1976.

La même tendance à l'instabilité croissante des parts du marché caractérise les différentes catégories thérapeutiques, à l'exception du marché des hormones sexuelles et de celui des autres médicaments hypotenseurs.

Outre la comparaison des indices d'instabilité dans le temps et parmi les catégories thérapeutiques, on peut établir des comparaisons restreintes avec les indices d'instabilité établis pour d'autres industries. Les travaux de S. Hymer et de P. Pashigian font état d'un nombre restreint d'indices d'instabilité dans le cas de quelque dix-neuf industries définies de façon générale (code à deux chiffres) aux États-Unis de 1946 à 1955. Pour ces industries et pour la période précisée, les indices d'instabilité sont tous assez bas par rapport à ceux qui viennent d'être examinés pour l'industrie des produits pharmaceutiques. Par exemple, l'indice d'instabilité le plus élevé est de .244 pour l'industrie pétrolière, devant celui de l'industrie des transports, qui est de .199. Par contre, l'indice d'instabilité calculé tombe sous le niveau de .100 pour neuf des dix-neuf industries.

Afin d'établir certaines comparaisons générales avec les travaux de Hymer et Pashigian qui ont étudié l'instabilité sur une période de dix ans, soit de 1946

à 1955, on a étudié l'instabilité du marché sur une période de douze ans, soit de 1964 à 1975. L'indice d'instabilité calculé dans le cas du marché des pharmacies et de celui des hôpitaux réunis pour tous les produits vendus sur ordonnance au Canada est de .347. Par conséquent, en se fondant sur les points de référence possibles fournis par les indices d'instabilité calculés par Hymer et Pashigian, il semble que les indices pour le marché des produits pharmaceutiques au Canada soient relativement élevés.

Stabilité des parts de marché pour les catégories thérapeutiques

L'indice d'instabilité pour les marchés de produits pharmaceutiques est particulièrement élevé si l'on tient compte des catégories thérapeutiques individuelles. Par exemple, dans le cas de la catégorie qui présente l'indice d'instabilité le plus faible au cours de la période de douze ans allant de 1964 à 1975, celle des analgésiques d'ordonnance, l'indice calculé est de .465, soit une valeur relativement élevée. Les indices d'instabilité pour les autres catégories thérapeutiques sont nettement et significativement plus élevés que les indices d'instabilité pour les analgésiques d'ordonnance. Ainsi, même si on s'inquiète de la forte concentration de production d'une catégorie thérapeutique donnée entre les mains des quatre et des huit plus grandes entreprises, on note aussi que la stabilité des parts du marché dans chacune de ces catégories thérapeutiques est assez faible.

Source d'instabilité : les entreprises comptent sur la vente de quelques produits

L'instabilité de la part de marché semble tenir surtout à la mesure dans laquelle certains fabricants de produits pharmaceutiques dépendent d'un petit nombre de produits pour une proportion importante de la valeur globale de leurs livraisons. Le tableau 4.13[6] présente des données indiquant dans quelle mesure les entreprises comptent sur la vente d'un seul produit et sur la vente de leurs quatre principaux produits. Chez les 45 premières entreprises les plus importantes, la part du produit principal variait entre seulement 7,7 pour cent des ventes pour une entreprise donnée à 89,1 pour cent pour une autre en 1982. Dans l'ensemble, toutefois, le produit principal d'entreprises particulières semble représenter environ 25 à 35 pour cent des ventes.

En général, les quatre produits dominants d'une entreprise représentent l'immense majorité des ventes. En 1982, la proportion la plus faible des ventes détenue par les quatre produits dominants était de 20,9 pour cent, et la plus élevée, de 96,2 pour cent. En général, toutefois, ces quatre produits semblent représenter quelque 70 à 80 pour cent des ventes d'une entreprise.

---

[6] Les données détaillées dont est tiré le tableau 4.13 sont présentées au tableau A4.2 de l'annexe.

Tableau 4.13

Volume relatif des ventes des principaux produits d'ordonnance dans les dix premières entreprises : Canada, 1982

Classement selon le volume des ventes de l'entreprise	Part du marché global des médicaments d'ordonnance	Volume des ventes du produit dominant, exprimé en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise	Volume des ventes du deuxième produit en importance, en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise	Volume des ventes des quatre produits dominants, en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise
1	7,07	17,4	13,2	50,0
2	6,88	8,7	8,4	32,8
3	4,76	59,9	13,5	78,7
4	4,64	18,1	11,5	49,2
5	4,17	7,7*	6,7	20,9*
6	4,15	15,6	8,0	38,3
7	3,31	55,6	11,4	81,4
8	3,27	66,4	7,5	81,8
9	3,05	7,7*	5,6	20,9*
10	3,03	9,4	4,5	21,5
11	2,90	48,2	8,0	66,7
12	2,83	34,6	18,2	68,9
13	2,63	13,3	12,3	21,1
14	2,61	34,7	15,0	46,1
15	2,28	17,4	14,5	45,4
16	2,10	27,8	24,6	77,3
17	2,07	19,5	10,1	44,3
18	1,92	15,5	9,7	35,6
19	1,91	11,6	7,3	30,5
20	1,77	19,4	17,3	57,4
41	0,51	89,1**	4,0	96,2**

* Pourcentages les plus faibles enregistrés parmi les 45 premières entreprises

** Pourcentages les plus élevés enregistrés parmi les 45 premières entreprises

Source : IMS Canada

Le tableau 4.14[7] présente des données semblables concernant la mesure dans laquelle les entreprises comptent sur leur produit principal et sur leurs quatre produits dominants, d'après le nombre d'ordonnances désignant ces produits. Une fois de plus, on s'aperçoit que les entreprises comptent beaucoup sur leur produit dominant et aussi sur leurs quatre produits principaux.

La réussite d'une entreprise est donc tributaire de l'ampleur et de la stabilité de la demande d'un nombre restreint de produits d'une année à l'autre. Les données détaillées du tableau 4.15[8] indiquent dans quelle mesure les ventes des principaux produits d'entreprises particulières varient d'une année à l'autre. Bien sûr, il peut y avoir des fluctuations importantes des ventes de certains produits d'une année à l'autre. Ainsi, en 1982, les ventes du produit

[7] Voir aussi le tableau A4.2 de l'annexe

[8] Voir aussi le tableau A4.2 de l'annexe

Tableau 4.14

Volume relatif des ventes des principaux médicaments d'ordonnance dans les dix premières entreprises, selon le nombre d'ordonnances : Canada, 1982

Rang, selon le volume des ventes de l'entreprise	Part du marché global des médicaments d'ordonnance	Volume des ventes du produit dominant en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise	Volume des ventes du deuxième produit dominant, en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise	Volume des ventes des quatre produits dominants en pourcentage du volume des ventes de l'entreprise
1	10,9	16,7	13,3	52,8
2	6,5	13,8	7,8	36,1
3	3,5	41,5	34,8	81,1
4	4,1	28,4	14,1	58,0
5	1,5	26,7	24,0	79,3
6	4,3	20,5	15,7	51,2
7	2,9	30,2	17,3	70,6
8	2,1	46,2	17,0	77,0
9	3,3	15,0	12,8	37,6
10	0,9	13,5	6,6	32,0
11	3,2	40,0	16,6	76,6
12	3,3	37,4	27,5	80,8
13	2,4	19,1	9,1	42,4
14	0,5	98,1**	1,8	99,9**
15	1,8	20,8	16,2	56,8
16	1,8	30,9	27,5	79,0
17	1,2	20,6	18,9	61,5
18	3,9	53,3	6,1	69,9
19	1,8	13,4	13,2	46,0
20	1,3	20,5	15,8	56,0
22	7,0	9,8*	8,4	30,2*

* Pourcentages les plus faibles enregistrés parmi les 45 premières entreprises

** Pourcentages les plus élevés enregistrés parmi les 45 premières entreprises

Source : IMS Canada

principal d'une entreprise ont augmenté de 230 pour cent par rapport à 1981; dans le cas d'une autre entreprise, les ventes ont baissé de 29,2 pour cent. De même, le nombre d'ordonnances relativement au produit principal d'une entreprise a augmenté de 195,8 pour cent, tandis que dans le cas d'une autre entreprise, ce nombre a diminué de 46,3 pour cent. En général, on observe des différences importantes dans les taux d'augmentation ou de diminution des ventes de médicaments donnés par rapport à l'augmentation moyenne des ventes dans l'ensemble du marché des produits d'ordonnance.

Autres éléments de la structure du marché

Économies d'échelle

On peut s'arrêter brièvement à la relation qui existe entre l'envergure des opérations des entreprises de produits pharmaceutiques et leurs coûts de production et, partant de cela, à leur efficacité globale. Ces opérations, qui vont

Tableau 4.15

Variations dans le volume des ventes et le nombre d'ordonnances, pour les produits dominants des dix premières entreprises : Canada, 1981-1982

Classement selon le volume des ventes de l'entreprise	Variations exprimées en pourcentage dans le volume des ventes de 1981 à 1982 : produits dominant selon le volume des ventes				Variations exprimées en pourcentage dans le nombre d'ordonnances : produit dominant selon le nombre d'ordonnances			
	1er	2e	3e	4e	1er	2e	3e	4e
1	16,1	– 18,3	23,2	– 1,2	7,1	15,3	– 7,1	25,5
2	45,3	– 6,4	– 16,1	44,1	– 12,9	– 38,8	– 4,2	– 33,1
3	– 3,1	– 17,9	58,7	0,4	– 8,9	3,4	– 9,9	7,4
4	61,2	107,1	– 12,1	32,8	– 6,9	21,0	2,9	86,7
5	12,8	16,2	27,1	12,3	– 4,5	– 13,7	– 14,2	17,0
6	7,5	16,8	51,2	61,6	– 10,3	12,0	– 3,3	66,8
7	230,0	40,8	39,9	45,9	195,8	– 27,5	0,2	13,8
8	31,7	8,5	150,1	– 8,4	– 5,0	– 11,0	2,3	132,9
9	– 7,3	24,6	– 2,7	5,4	2,4	– 17,3	– 7,9	– 12,3
10	47,0	26,8	33,5	40,2	– 36,9	– 9,3	– 36,3	28,0
11	26,2	7,5	14,6	14,7	6,5	1,2	– 10,1	4,1
12	14,3	82,2	– 0,2	5,2	32,8	– 6,4	1,7	– 3,4
13	64,1	9,9	29,7	31,9	– 2,9	5,4	37,5	4,9
14	– 3,9	– 2,4	– 3,7	61,0	4,0	– 27,8	–	–
15	45,8	25,0	– 5,6	47,9	– 7,0	39,7	45,2	– 20,7
16	32,9	15,9	8,1	–	– 8,9	– 30,3	– 10,8	– 6,5
17	90,3	0,8	–	57,1	– 6,6	– 6,8	36,9	– 3,1
18	35,0	– 8,5	– 10,8	72,6	– 4,6	– 17,3	9,6	– 38,3
19	36,8	– 12,8	21,7	57,4	– 5,6	10,3	– 4,5	4,7
20	32,1	14,1	39,2	999,9	0,1	– 11,1	– 8,6	0,7

Source : IMS Canada

de la découverte d'un nouveau médicament à la vente finale au consommateur, peuvent être divisées en plusieurs étapes distinctes. En voici une brève description :

1. la recherche et la découverte de nouvelles idées;
2. la transformation de ces idées en un médicament sûr, efficace et commercialisable, y compris la réalisation des essais nécessaires afin de s'assurer que le produit est conforme à la réglementation et qu'il satisfait à la norme;
3. la production du principe actif;
4. la combinaison des principes actifs et inactifs et des excipients de médicaments en diverses formules médicamenteuses;
5. le conditionnement de ces formules médicamenteuses en forme posologiques et en formats;
6. la promotion du médicament, surtout auprès des médecins, mais aussi des pharmaciens et, dans certains cas, du public;
7. la distribution du médicament aux grossistes ou directement aux pharmacies, à d'autres points de vente au détail et aux hôpitaux; et
8. la vente ou la fourniture du médicament au consommateur ou au patient.

Les «économies d'échelle», c'est-à-dire la mesure dans laquelle les grandes entreprises sont avantagées par rapport aux petites, semblent varier considérablement d'une étape à l'autre de la production.

Examinons d'abord les deux premières étapes, considérées parfois comme une seule étape. La première n'est pas manifestement caractérisée par des économies d'échelle, tandis que la seconde semble l'être fortement. Les nouvelles idées viennent habituellement de personnes qui travaillent dans une grande variété d'entreprises ou qui y sont associées : des entreprises qui se spécialisent dans les découvertes scientifiques, particulièrement dans le domaine en progression rapide de la biotechnologie, les grandes entreprises de produits pharmaceutiques, les établissements de recherche à but non lucratif et surtout les universités et autres établissements d'enseignement supérieur. Les dépenses considérables engagées pour la recherche et le développement ne semblent pas influer beaucoup sur la production de nouvelles idées fondamentales.

Le passage du stade d'idée nouvelle au médicament commercialisable, soit l'étape 2, est habituellement complexe et coûteux. Bien que certains s'interrogent sur le coût exact de cette étape —les estimations donnent entre 10 et 110 millions de dollars ou plus par médicament qui connaît un succès— tous s'entendent pour dire que les grandes entreprises ont en général un avantage marqué, sinon complet, par rapport aux petites.

Cela étant dit, il semble que les grandes entreprises de produits pharmaceutiques emploient d'autres stratégies. Certaines tentent en effet de

profiter de leur taille pour affecter des sommes hors de proportion par rapport aux ressources de l'entreprise à la recherche et au développement, tandis que d'autres semblent compter sur les travaux de recherche d'autres entreprises. À cette fin, elles ont recours aux contrats de licences volontaires et à d'autres ententes semblables. C'est du moins pour cette raison que le lien entre la taille d'une entreprise et le succès remporté par de nouveaux médicaments importants n'est pas aussi étroit qu'on pourrait le croire.

L'importance des économies d'échelle varie également pour les étapes 3, 4 et 5, parfois considérées comme une seule étape, la fabrication : elles sont plus faibles et généralement peu importantes dans le cas des deux dernières étapes. Les entreprises de très petite taille semblent réussir à combiner des ingrédients en formules médicamenteuses diverses et à les conditionner. Par contre, la production du principe actif semble être caractérisée par des économies d'échelle modérées. Dans l'ensemble, la production mondiale d'un seul médicament et de son principe actif pourrait être facilement assurée par une seule usine ou par quelques-unes tout au plus.

Pour ce qui est de la commercialisation et de la promotion des ventes, les entreprises de produits pharmaceutiques profitent d'économies d'échelle variant de modérées à importantes. Cela n'est pas sans rapport avec la nature du marché de détail et du rôle prépondérant qu'y jouent les médecins. Pour que le lancement d'un nouveau médicament soit une réussite, il semble qu'il faille déployer des efforts de promotion importants auprès d'un nombre suffisant de médecins. Comme on le décrira plus en détail au chapitre 5, les entreprises canadiennes de produits pharmaceutiques affectent des ressources importantes à la promotion des ventes.

La situation est moins nette pour les opérations de distribution. Presque toutes les entreprises vendent à la fois aux grossistes et directement aux pharmacies et aux hôpitaux.[9] En général, plus l'entreprise est grande, plus la proportion de ses ventes directes est élevée. La mesure dans laquelle une entreprise dépend d'un produit ou de plusieurs pour la majorité de ses ventes revêt autant d'importance que sa taille. En général, moins il y a de produits majeurs, plus les ventes effectuées par l'intermédiaire de grossistes sont élevées.

Quant au commerce de gros comme tel, la concentration de cette activité entre les mains de quelques entreprises correspond à des économies d'échelle modérées. Par exemple, en 1979, les quatre principaux grossistes intervenaient pour 45,7 pour cent de l'ensemble des ventes en gros, et les huit principaux, pour 54,2 pour cent.[10] Environ 453 petites entreprises de gros se partageaient le reste, soit 45,8 pour cent.

---

[9] La répartition procentuelle des ventes aux grossistes et directement aux pharmacies et aux hôpitaux, pour chacune des ventes, est présentée au tableau A4.12 de l'annexe (pour les produits d'ordonnance) et au tableau A4.13 (pour les spécialités pharmaceutiques).

[10] Voir le tableau A4.14 de l'annexe

Le marché de détail se caractérise sans doute aussi par des économies d'échelle modérées seulement. Les pharmacies de détail à succursales multiples et les chaînes volontaires ont connu un certain succès au cours des dix dernières années. En 1979, les quatre principaux détaillants, deux chaînes de magasins et deux chaînes volontaires, accaparaient 31,5 pour cent des ventes de médicaments au détail, tandis que les huit principaux détaillants, dont quatre autres chaînes, intervenaient pour 44,2 pour cent.[11] Environ 31 chaînes de magasins et chaînes volontaires sont intervenues pour 61,9 pour cent des ventes de médicaments au détail. Ce sont surtout les quelque 4 207 pharmacies indépendantes qui se sont partagées le reste du marché de détail en 1979,[12] soit 38,1 pour cent.

Ce qui revêt encore plus d'importance que des économies d'échelle à chacune des étapes, c'est l'ampleur apparente des économies d'échelle lorsque ces étapes de production sont réunies dans une seule entreprise. L'interdépendance de plusieurs de ces étapes est importante. Prises séparément, seulement deux des huit étapes se caractérisent par des économies d'échelle considérables; par contre, lorsqu'elles sont réunies et intégrées aux opérations d'une seule multinationale fabriquant des produits pharmaceutiques, toutes les opérations d'une telle entreprise semblent être caractérisées par des économies d'échelle substantielles. Il faudrait préciser que ces économies s'appliquent à l'ensemble des opérations et non à une forme de production plus traditionnelle qui, dans le cas d'une grande multinationale fabriquant des produits pharmaceutiques, représente beaucoup moins de 50 pour cent du revenu des ventes. Le type d'intégration de ces entreprises est décrit plus en détail au chapitre 5.

Concentration des acheteurs

La section précédente laisse entrevoir une concentration plus forte du côté des acheteurs qu'elle ne l'est en réalité. Le rôle prépondérant que jouent les médecins dans la prescription de médicaments, souvent en fonction de la marque plutôt que la dénomination générique, atténue considérablement l'influence que pourraient exercer, en principe, les magasins à succursales multiples, les comptoirs de pharmacie dans les grands magasins à rayons et les chaînes volontaires, agissant seul ou de concert, sur le choix et, par conséquent, sur le prix des produits vendus ou délivrés au détail. Les 47 000 médecins et plus dont le rôle a été examiné brièvement au chapitre 3, exercent un peu partout au pays et la plupart prennent des décisions sans consulter leurs collègues. Le fait qu'ils continuent d'être les principales cibles des activités de promotion des entreprises de produits pharmaceutiques indique à quel point ils jouent un rôle essentiel, mais indépendant.

En revanche, les 31 chaînes de magasins et chaînes volontaires qui interviennent pour plus de 60 pour cent de toutes les ventes de médicaments au détail ont, à l'heure actuelle, un certain pouvoir d'achat qui pourrait être plus

[11] Voir le tableau A4.15 de l'annexe

[12] Voir le tableau A4.16 de l'annexe

important. Ce pouvoir d'achat pourrait graduellement servir à orienter le choix et le prix des médicaments dans la foulée d'une application plus générale de la législation provinciale sur la substitution de produits génériques aux produits de marque. Qu'elle soit «libérale» ou coercitive, cette législation ne sera efficace en fin de compte que si les médecins et les pharmaciens l'appuient ou s'y conforment ou modifient leur façon de procéder. Il est difficile d'inciter les médecins à changer, étant donné qu'à toutes fins utiles, rien ne les incite ou les encourage à se préoccuper du prix. Il serait sans doute plus facile de changer le comportement des pharmaciens en modifiant d'autres politiques provinciales touchant les frais d'ordonnance et les mécanismes de remboursement, car il s'agirait là d'une incitation financière directe pour eux. De telles politiques peuvent donc favoriser ou entraver la réalisation des objectifs de réduction des coûts visés par les politiques sur la substitution de produits génériques aux produits de marque. Elles peuvent aussi déterminer dans quelle mesure le pouvoir d'achat potentiel des magasins à succursales multiples et des chaînes volontaires s'exercera dans l'intérêt du consommateur ou du patient.

Le pouvoir d'achat est un peu plus concentré dans le cas des achats de médicaments par les hôpitaux et autres établissements qui représentent environ 20 pour cent du marché de détail. Presque tous les hôpitaux ont un comité chargé de surveiller l'achat de tous les médicaments utilisés dans l'établissement. Dans certains cas, plusieurs hôpitaux s'associent pour acheter leurs médicaments. Comme la plupart des hôpitaux canadiens ont un budget global, les médecins de ces établissements ont, en principe, intérêt à tenir compte à la fois de la qualité et du prix des médicaments à utiliser. Les crédits qui ne sont pas affectés à l'achat des médicaments peuvent être consacrés à l'achat d'autres fournitures et de matériel nécessaires et à l'embauche de personnel supplémentaire. Comme la majorité des 1 000 hôpitaux canadiens ne sont pas organisés pour l'achat en commun de médicaments, il ne faudrait pas surestimer leur pouvoir d'achat.

En général, ni les régimes publics d'assurance-médicaments ni les régimes privés à tiers payant n'exercent entièrement leur pouvoir d'achat potentiel au nom du consommateur ou du patient. Cela pourrait bien refléter en partie la segmentation géographique du marché en secteurs correspondant aux limites provinciales.

Les acheteurs de produits pharmaceutiques et de médicaments comprennent un grand nombre d'unités de décision comprenant plus de 47 000 médecins, plus de 17 000 pharmaciens (indépendants, travaillant pour le compte de pharmacies à succursales multiples ou membres de chaînes volontaires), plus de 1 000 comités hospitaliers chargés de surveiller l'achat des médicaments, souvent plus d'un ministère ou d'un organisme dans chacune des dix provinces et au sein du gouvernement fédéral, un très grand nombre de compagnies d'assurance privées à tiers payant et enfin, 25 millions de consommateurs et de patients. Voilà qui constitue une force diffuse, pluraliste et non concentrée pour le marché de la demande au Canada.

La nature des entreprises de médicaments génériques

Avant 1969, un peu moins d'une douzaine de fabricants de médicaments génériques concentraient leur production sur des médicaments dont le brevet était expiré et sur un certain nombre de médicaments brevetés en vertu d'ententes relatives aux licences volontaires. En 1984, quelque 19 fabricants de médicaments génériques concentraient leur production sur des médicaments faisant l'objet d'un brevet expiré et sur ceux qui faisaient l'objet d'une licence obligatoire.

La plupart sont des entreprises canadiennes, quoique deux des quatre plus importantes, ICN et Frank Horner, appartiennent à des intérêts étrangers. Comme on l'a vu précédemment dans ce chapitre, certains des fabricants de médicaments génériques figurent parmi les entreprises dominantes dans plusieurs catégories thérapeutiques, surtout en ce qui a trait au nombre d'ordonnances.[13]

L'implantation de nouvelles entreprises de médicaments génériques et la fusion de certaines de ces entreprises continuent de caractériser ce secteur de l'industrie pharmaceutique. Des filiales d'entreprises étrangères titulaires de brevets ont aussi récemment implanté des filiales canadiennes par l'intermédiaire desquelles elles vendent des copies génériques de leurs médicaments brevetés.

Sauf dans le cas des filiales étrangères d'entreprises de médicaments génériques, la vente de ces produits s'effectue surtout par la concurrence des prix. Le personnel des ventes des entreprises canadiennes de médicaments génériques représente moins de 10 pour cent de l'effectif total. Dans le cas des filiales titulaires de brevets, qui sont habituellement des entreprises étrangères, cette proportion est supérieure à 30 pour cent. La question est examinée plus en détail au chapitre 5.

En 1983, quelque 70 médicaments à usage humain faisaient l'objet d'une ou de plusieurs licences obligatoires; ces médicaments étaient vendus par des entreprises titulaires de brevets ou de licences ou des deux. Dans le cas de 32 de ces médicaments pour lesquels les titulaires de licences versaient des redevances, le chiffre total des ventes s'élevait à environ 216,9 millions de dollars, dont 171,1 millions provenaient des titulaires de brevets et 45,7 millions des titulaires de licences. Aucune redevance n'a été rapportée pour 14 des 70 médicaments, ce qui signifie que le brevet étant expiré, les titulaires de brevets (25,4 millions de dollars) et de licences (3,1 millions de dollars) se partageaient la production. Les 24 autres médicaments, avec des ventes de 111 millions de dollars, sont vendus uniquement par les titulaires de brevets, mais les titulaires de licences devraient bientôt en commencer la production et la vente. Il s'agira donc du prochain secteur du marché des médicaments brevetés à subir la concurrence des médicaments génériques.

---

[13] Voir le tableau 4.5

La concurrence dans l'industrie des produits pharmaceutiques au Canada - résumé

L'exposé qui précède sur la concentration de la production entre les mains des entreprises dominantes de l'industrie pharmaceutique permet de conclure qu'au Canada, la concentration est assez forte par rapport à d'autres pays. Toutefois, comparativement aux taux de concentration observés pour d'autres marchés industriels dans l'économie canadienne, relativement petite, ces taux ne sont sans doute que modérés.

Par ailleurs, l'examen de la stabilité des parts du marché laisse entrevoir une forte instabilité, qui dépendrait sans doute beaucoup du nombre restreint de produits sur lesquels chaque entreprise de produits pharmaceutiques compte pour la majeure partie de ses ventes et de ses bénéfices.

Les économies d'échelle importantes ne semblent possibles que pour deux ou trois étapes de la production dans les entreprises de produits pharmaceutiques. Par contre, elles semblent caractériser tout regroupement des étapes, comme c'est le cas dans les multinationales.

Les acheteurs ont très peu de pouvoir et l'absence d'incitation financière pour les principaux décideurs, c'est-à-dire les médecins, limite sans doute la croissance du marché des médicaments génériques. Les politiques et les pratiques provinciales, notamment en ce qui concerne le barème des honoraires pour la délivrance d'un médicament et le remboursement du coût des ingrédients aux pharmaciens, entravent ou favorisent nettement la vente de ces produits.

Tableau A4.1

Partie I : Ventes et part du marché des sociétés selon l'ensemble (médicaments d'ordonnance et spécialités pharmaceutiques), selon les médicaments d'ordonnance vendus aux pharmacies et aux hôpitaux et selon le marché des spécialités pharmaceutiques—selon l'importance des sociétés (total de leurs ventes)

		Tous les marchés		Médicaments d'ordonnance			Pharmacies			Hôpitaux			Spécialités pharmaceutiques		
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	Part (%)	Ventes (milliers de $)	Part (%)	Rang	Ventes (milliers de $)	Part (%)	Rang	Ventes (milliers de $)	Part (%)	Rang	Ventes (milliers de $)	Part (%)	Rang
1	American Home Products	63 877	9,22	57 655	9,18	1	48 188	9,90	1	9 467	6,69	3	6 221	9,63	1
2	Merck, Sharp & Dohme	40 296	5,81	40 255	6,41	2	36 469	7,49	2	3 786	2,67	11	41	—	
3	Ciba-Geigy	27 434	3,96	27 005	4,30	3	24 758	5,09	3	2 247	1,59	20	429	0,66	32
4	J. & J.	26 880	3,88	24 189	3,85	5	20 739	4,26	4	3 450	2,44	13	2 691	4,16	5
5	Abbott	25 948	3,74	24 221	3,85	4	12 428	2,55	11	11 793	8,33	2	1 727	2,67	11
6	Roche	21 472	3,10	21 472	3,42	6	16 833	3,46	5	4 639	3,28	7	—	—	
7	Bristol-Myers	20 573	2,97	19 854	3,16	7	15 585	3,20	6	4 270	3,02	9	719	1,11	20
8	B.W.	18 571	2,68	17 999	2,86	8	14 630	3,01	7	3 369	2,38	14	572	0,89	27
9	Schering	17 072	2,46	16 926	2,69	9	12 397	2,55	12	4 528	3,20	8	146	—	
10	Baxter Labs	16 786	2,42	16 786	2,67	10	917	0,19	64	15 870	11,21	1	—	—	
11	Glaxo Canada	16 617	2,40	16 339	2,60	11	12 747	2,62	9	3 592	2,54	12	279	0,43	43
12	Sterling	16 408	2,37	10 465	1,67	22	5 402	1,11	26	5 063	3,58	5	5 943	9,20	2
13	Upjohn	15 259	2,20	15 258	2,43	12	10 178	2,09	18	5 050	3,59	6	1	—	
14	SKF	14 879	2,15	12 303	1,96	18	11 113	2,28	14	1 190	0,84	27	2 576	3,99	6
15	P.D.	14 850	2,14	14 809	2,36	13	12 722	2,61	10	2 087	1,47	21	41	—	
16	Warner-Lambert	14 843	2,14	12 576	2,00	17	11 542	2,37	13	1 034	0,73	30	2 268	3,51	7
17	Lilly	14 491	2,09	14 487	2,31	14	9 405	1,93	20	5 082	3,59	4	4	—	
18	Syntex	13 564	1,96	13 564	2,16	15	12 972	2,66	8	592	0,42	39	—	—	
19	Squibb	13 329	1,92	12 785	2,03	16	9 785	2,01	19	3 000	2,12	17	544	0,84	28
20	Searle	12 117	1,75	12 117	1,93	19	11 099	2,28	15	1 018	0,72	32	—	—	
21	Carter-Wallace	12 107	1,75	12 000	1,91	20	10 824	2,22	16	1 175	0,83	28	107	—	
22	Sandoz	11 947	1,72	11 947	1,90	21	10 412	2,14	17	1 535	1,08	25	—	—	
23	Richardson-Merrell	11 164	1,61	5 594	0,89	32	5 135	1,05	28	458	0,32	47	5 571	8,62	3
24	Robins	9 464	1,37	9 464	1,51	23	9 014	1,85	21	451	0,32	48	—	—	
25	Rhône-Poulenc	8 708	1,26	8 700	1,38	24	5 880	1,21	24	2 820	1,99	18	8	—	
26	Hoechst	8 511	1,23	8 511	1,35	25	4 269	0,88	33	4 242	3,00	10	—		—

27	Novopharm	7 760	1,12	7 760	1,23	26	7 343	1,51	22	417	0,29	50	—	—	
28	Pfizer	7 637	1,10	6 840	1,09	28	6 118	1,26	23	722	0,51	34	797	1,23	18
29	Lederle	7 138	1,03	7 138	1,14	27	5 287	1,09	27	1 850	1,31	23	—	—	
30	Roussel	6 830	0,99	6 830	1,09	29	3 812	0,78	35	3 019	2,13	16	—	—	
31	Boehringer	6 474	0,93	6 474	1,03	30	5 612	1,15	25	862	0,61	33	—	—	
32	Wampole	5 839	0,84	5 087	0,81	34	4 764	0,98	30	323	0,23	53	753	1,16	19
33	Dow Pharmaceutical	5 768	0,83	5 727	0,91	31	5 038	1,04	29	689	0,49	37	41	—	
34	Connaught	5 210	0,75	5 210	0,83	33	4 682	0,96	32	528	0,37	41	—	—	
35	Wander	4 846	0,70	4 842	0,77	35	4 739	0,97	31	104	0,07	—	4	—	
36	International Chem. & Nuclear	4 409	0,64	4 381	0,70	36	3 661	0,75	36	720	0,51	35	28	—	
37	Ames	4 378	0,63	2 460	0,39	46	1 744	0,36	45	716	0,51	36	1 919	2,97	9
38	Pharmacia	4 374	0,63	4 374	0,70	37	1 143	0,23	58	3 231	2,28	15	—	—	
39	Rorer	4 192	0,60	4 123	0,66	38	3 963	0,81	34	160	0,11	—	69	—	
40	Astra	4 010	0,58	3 965	0,63	39	1 229	0,25	55	2 736	1,93	19	45	—	
41	Nordic	3 350	0,48	3 343	0,53	40	3 086	0,63	37	257	0,18	58	7	—	
42	Cooper Labs	3 303	0,48	2 902	0,46	44	2 613	0,54	40	288	0,20	57	401	0,62	33
43	Fisons	3 177	0,46	3 117	0,50	41	2 672	0,55	39	445	0,31	49	60	—	
44	Organon	3 120	0,45	3 074	0,49	42	1 016	0,21	61	2 058	1,45	22	46	—	
45	Pennwalt	2 981	0,43	2 981	0,47	43	2 942	0,60	38	39	0,03	—	—		—

Tableau A4.1

Partie II : Toutes les ventes et toute la part du marché; classement selon les ventes, la part de la taille du marché des ordonnances; classement selon les ventes, la part et la taille du marché des spécialités pharmaceutiques—liste selon l'importance des sociétés (valeur des ventes)

	Nom de la société	Marché total		Médicaments d'ordonnance			Spécialités pharmaceutiques		
		Ventes (milliers de $)	% du total	Ventes (milliers de $)	% du total	Rang	Ventes (milliers de $)	% du total	Rang
1	American Home Products[b]	106 254	7,33	94 704	7,07	1	11 550	10,44	1
2	Merck Sharp & Dohme[a]	92 206	6,36	92 172	6,88	2	34	0,03	
3	SmithKline[b]	65 945	4,55	63 766	4,76	3	2 179	1,97	11
4	Ciba-Geigy	62 797	4,33	62 121	4,64	4	676	0,61	33
5	J. & J. (229)	60 708	4,19	55 514	4,15	6	5 194	4,70	6
6	Abbott	57 013	3,93	55 781	4,17	5	1 232	1,11	16
7	Warner-Lambert (131)	46 663	3,22	40 777	3,05	9	5 885	5,32	5
8	Pfizer	44 884	3,10	44 304	3,31	7	580	0,52	36
9	Syntex	43 767	3,02	43 767	3,27	8	0	0	
10	Bristol-Myers (376)	41 590	2,87	40 512	3,03	10	78	0,07	
11	Glaxo Canada Ltd.	39 436	2,72	38 773	2,90	11	663	0,60	34
12	Upjohn	37 949	2,62	37 949	2,83	12	0	0	
13	Sandoz	35 150	2,43	35 150	2,63	13	0	0	
14	Baxter Labs	34 924	2,41	34 924	2,61	14	0	0	
15	Schering[b]	33 376	2,30	25 579	1,91	19	7 796	7,05	4
16	Lilly (379)	30 520	2,11	30 512	2,28	15	8	0,01	
17	Searle, G.D.	29 763	2,05	28 129	2,10	16	1 634	1,48	14
18	Squibb	28 356	1,96	27 769	2,07	17	588	0,53	35
19	B.W. (756)	26 820	1,85	25 768	1,92	18	1 053	0,95	21
20	Sterling (229)	25 527	1,76	16 125	1,20	25	9 402	8,50	2
21	Rhône-Poulenc	23 716	1,64	23 716	1,77	20	0	0	
22	Carter (681)	22 902	1,58	22 725	1,70	21	177	0,16	
23	Novopharm	22 296	1,54	22 296	1,67	22	0	0	
24	Roche	21 507	1,48	21 507	1,61	23	0	0	
25	Ames	19 350	1,33	15 972	1,19	26	3 378	3,05	8
26	Richardson-Merrell	17 532	1,21	8 980	0,67	35	8 552	7,73	3

27	Astra	17 513	1,21	17 513	1,31	24	0	0	
28	Robins	15 365	1,06	15 365	1,15	27	0	0	
29	Lederle	15 122	1,04	15 122	1,13	28	0	0	
30	Boehringer	14 999	1,03	14 999	1,12	29	0	0	
31	Roussel (616)	11 638	0,80	11 638	0,87	30	0	0	
32	Connaught	10 746	0,74	10 746	0,80	31	0	0	
33	Hoechst (756)	9 617	0,66	9 617	0,72	32	0	0	
34	Dow Pharmaceutical (378)	9 595	0,66	9 565	0,71	33	30	0,03	
35	Apotex	9 498	0,66	9 498	0,71	34	0	0	
36	Rorer Canada	9 261	0,64	8 179	0,61	36	1 081	0,98	19
37	Beecham	8 489	0,59	7 399	0,55	38	1 090	0,99	18
38	Wampole	8 045	0,56	7 131	0,53	39	915	0,83	24
39	International Chem. & Nuclear	7 736	0,53	7 711	0,58	37	25	0,02	
40	Nordic	6 975	0,48	6 975	0,52	40	0	0	
41	Adria Labs (616)	6 809	0,47	6 809	0,51	41	0	0	
42	Revlon Health Group	6 780	0,47	6 713	0,50	42	67	0,06	
43	Organon	6 530	0,45	6 447	0,48	43	83	0,08	
44	Fisons (616)	6 256	0,43	6 210	0,46	44	46	0,04	
45	Pharmacia (616)	6 065	0,42	6 065	0,45	45	0	0	

[a] Sauf indication contraire, l'entreprise est classée sous produits pharmaceutiques et médicaments (324). Les autres classes sont les suivantes :
379 = Fabricants de produits chimiques divers
376 = Fabricants de savon et de produits de nettoyage
756 = Holding et société de gestion
681 = Pharmacies
616 = Grossistes en médicaments et en produits de toilette
229 = Diverses industries du textile
131 = Fabricants de confiserie
378 = Fabricants de produits chimiques industriels

[b] non classée

Source : IMS Canada

Tableau A4.2

Partie I : ventes du marché des médicaments d'ordonnance au Canada en 1977, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du total	Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes %
1	American Home Products Ayerst Wyeth Elliott-Marion	57 655	9,18	Inderal	10 777	18,7	+34,1
2	Merck Sharp & Dohme MSD Frosst	40 255	6,41	Acetophen Comp a. Cod., Non prescrit	5 881	14,6	+3,4
3	Ciba-Geigy Ciba Geigy	27 005	4,30	Anturan	5 097	18,9	+48,8
4	Abbott Abbott Ross	24 221	3,85	Dextrose in Water	1 856	7,7	+4,2
5	J. & J. Ortho McNeil	24 189	3,85	Ortho Novum	9 157	37,9	+2,0
6	Roche	21 472	3,42	Valium	5 539	25,8	– 15,2
7	Bristol-Myers Mead Johnson Bristol Westwood	19 854	3,16	Ampicin	1 200	6,0	+46,8
8	B.W. B.W. Calmic	17 999	2,86	Zyloprim	3 944	21,9	+23,3
9	Schering	16 926	2,69	Garamycin	2 929	17,3	+52,4

Quatre premiers produits pour les ventes			
Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation (%)
Inderal	10 777	18,7	+34,1
Amoxil	5 681	9,9	−2,2
Ovral 0,25 mg	4 869	8,4	−8,2
Min-Ovral	4 127	7,2	+14,2
Total	25 454	44,1	
Acetophen a. Cod., Non prescrit	5 881	14,6	+3,4
Aldomet	5 247	13,0	−6,4
Indocid	4 135	10,3	+0,4
Acetophen a. Cod., prescrit	3 430	8,5	−3,0
Total	18 693	46,4	
Anturan	5 097	18,9	+48,8
Slow-K	3 310	12,3	+28,2
Hygroton	1 317	4,9	−13,1
Otrivin	1 249	4,6	+14,9
Total	10 973	40,6	
Dextrose dans l'eau	1 856	7,7	+4,2
Tranxene	1 600	6,6	+23,6
Erythrocin	1 551	6,4	−5,7
Selsun	1 074	4,4	−7,1
Total	6 081	25,1	
Ortho Novum	9 157	37,9	+2,0
Haldol	2 138	8,8	+0,6
Tylenol a. Cod.	1 737	7,2	+46,3
Tylenol	1 619	6,7	+10,1
Total	14 651	60,6	
Valium	5 539	25,8	−15,2
Dalmane	3 612	16,8	+11,6
Bactrim	1 902	8,9	−11,7
Librium	1 635	7,6	−7,2
Total	12 688	59,1	
Ampicin	1 200	6,0	+46,8
Alpha Keri	1 004	5,1	+18,1
Keri	866	4,4	+67,5
Tri-Vi-Flor	851	4,3	+0,0
Total	3 921	19,7	
Zyloprim	3 944	21,9	+23,3
Septra	1 616	9,0	−5,8
Lanoxin	1 497	8,3	+16,1
Polysporin	954	5,3	+15,8
Total	8 011	44,5	
Garamycin	2 929	17,3	+52,4
Chlor-Tripolon	1 797	10,6	+11,4
Coricidin	1 134	6,7	+27,8
Etrafon D	1 002	5,9	−2,2
Total	6 862	40,5	

Tableau A4.2 (suite)

Partie I : ventes du marché des médicaments d'ordonnance au Canada en 1977, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du total	Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes %
10	Baxter Labs	16 786	2.67	Dextrose	5 068	30.2	+67.6
11	Glaxo Canada Allen & Hanburys Glaxolabs	16 339	2.60	Ventolin	5 254	32.2	+36.7
12	Upjohn	15 258	2.43	Motrin	4 901	32.1	+23.9
13	P.D.	14 809	2.36	Benylin Exp. avec Cod.	1 592	10.8	– 16.9
14	Lilly	14 487	2.31	Keflin Neutral	2 349	16.2	+34.7
15	Syntex	13 564	2.16	Naprosyn	6 956	51.3	+60.2
16	Squibb	12 785	2.03	Kenacomb	2 171	17.0	+0.8
17	Warner-Lambert W.C. Warner-Lambert	12 576	2.00	Choledyl	2 104	16.7	+32.4
18	SKF SKF Menley & James	12 303	1.96	Dyazide	3 200	2.60	+45.4

Quatre premiers produits pour les ventes			
Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes des ventes (%)	Variation des ventes (%)
Dextrose	5 068	30,2	+67,6
Travasol	2 429	14,5	+163,9
Dianeal a Dext	2 362	14,1	+31,7
Normal Saline Viaflex	1 082	6,4	+111,9
Total	10 941	65,2	
Ventolin	5 254	32,2	+36,7
Beclovent	2 272	13,9	– 1,6
Betnovate	1 581	9,7	+5,9
Dermovate	676	4,1	+999,9
Total	9 783	59,9	
Motrin	4 901	32,1	+23,9
Dalacin C	1 731	11,3	+44,2
Solu-Medrol	750	4,9	+9,3
Solu Cortef	740	4,8	– 8,3
Total	8 122	53,2	
Benylin Exp a Cod	1 592	10,8	– 16,9
Dilantin Sodium	1 197	8,1	– 12,8
Benylin DM	1 025	6,9	+18,6
Norlestrin	923	62	– 2,5
Total	4 737	32,0	
Keflin Neutral	2 349	16,2	+34,7
Keflex	2 241	15,5	+5,4
Nalfon	1 553	10,7	+76,1
Ilosone	1 247	8,6	– 6,5
Total	7 390	51,0	
Naprosyn	6 956	51,3	+60,2
Norinyl	2 366	17,4	– 5,3
Lidex	1 095	8,1	– 7,0
Synalar	743	5,5	– 0,7
Total	11 160	82,3	
Kenacomb	2 171	17,0	+0,8
Moditen	1 003	7,8	– 6,2
Pronestyl	888	6,9	– 8,3
Vitamine E	798	6,2	– 2,6
Total	4 860	38,0	
Choledyl	2 104	16,7	+32,4
Gelusil	1 006	8,0	– 3,9
Sinutab	1 004	8,0	+9,2
Agarol	966	7,7	+15,5
Total	5 080	40,4	
Dyazide	3 200	26,0	+45,4
Tagamet	3 146	25,6	—
Stelabid	1 451	11,8	+2,6
Stelazine	968	7,9	+1,8
Total	8 765	71,2	

Tableau A4.2 (suite)

Partie I : ventes du marché des médicaments d'ordonnance au Canada en 1977, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du total	Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes %
19	Searle	12 117	1,93	Metamucil	3 685	30,4	+33,0
20	Carter-Wallace Horner	12 000	1,91	Gravol	2 885	24,0	+7,6
21	Sandoz	11 947	1,90	Fiorinal-C	2 286	19,1	+10,6
22	Sterling Winthrop Sterling	10 465	1,67	Bayer Aspirin	2 166	20,7	−4,1
23	A.H. Robins	9 464	1,51	Dimetapp. Capsules	1 836	19,4	+2,4
24	Rhône-Poulenc	8 700	1,38	Surmontil	1 684	19,4	+1,3
25	Hoechst Hoechst Albert Pharm.	8 511	1,35	Lasix, Non-inject.	2 376	27,9	−20,1
26	Novopharm	7 760	1,23	Novo-Ampicillin	1 460	18,8	+10,9
27	Lederle Cyanamid Canada	7 138	1,14	Methotrexate	778	10,9	+42,0

Quatre premiers produits pour les ventes			
Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes (%)
Metamucil	3 685	30,4	+33,0
Aldactazide	2 499	20,6	+13,2
Aldactone	1 977	16,3	+15,1
Demulen	678	5,6	+24,7
Total	8 839	72,9	
Gravol	2 885	24,0	+7,6
Diovol	2 755	23,0	+14,3
Vivol	1 292	10,8	−33,4
Maltlevol 12	490	4,1	−37,0
Total	7 422	61,9	
Fiorinal-C	2 286	19,1	+10,6
Hydergine	1 881	15,7	+6,6
Calcium-Sandoz	1 509	12,6	+19,3
Mellaril	1 274	10,7	+1,0
Total	6 950	58,2	
Bayer Aspirin	2 166	20,7	−4,1
Demerol	1 469	14,0	+76,3
Hypaque-M	836	8,0	+16,2
Phisoderm	802	7,7	+37,8
Total	5 273	50,4	
Dimetapp. Capsules	1 836	19,4	+2,4
Dimetapp. Liquide	820	8,7	+8,0
Robitussin	729	7,7	−13,8
Dimetane	677	7,2	+20,4
Total	4 062	42,9	
Surmontil	1 684	19,4	+1,3
Nozanin	1 265	14,5	−6,8
Largactil	860	9,9	+8,1
Flagystatin	652	7,5	+37,5
Total	4 461	51,3	
Lasix, Non-inject.	2 376	27,9	−20,1
Lasix, Injectable	2 031	23,9	+28,4
Pressimmune	946	11,1	+196,4
Diabeta	865	10,2	+26,0
Total	6 218	73,1	
Novo-Ampicillin	1 460	18,8	+10,9
Novotetra	684	8,8	+33,3
Novomedopa	622	8,0	+999,9
Novopen V	374	4,8	+36,9
Total	3 140	40,5	
Methotrexate	778	10,9	+42,0
Minocin	764	10,7	+17,2
Nilstat	497	7,0	+1,1
Diamox	480	6,7	+19,9
Total	2 519	35,3	

Tableau A4.2 (suite)

Partie I : ventes du marché des médicaments d'ordonnance au Canada en 1977, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du total	Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes %
28	Pfizer	6 840	1,09	Sinequan	1 418	20,7	+22,9
29	Roussel	6 830	1,09	Cidomycin	1 927	28,2	+4,4
30	Boehringer	6 474	1,03	Catapres	1 180	18,2	+20,5
31	Dow Pharmaceutical	5 727	0,91	Novahistex-DH	1 482	25,9	−6,1
32	Richardson-Merrell Merrell Vick	5 594	0,89	Tenuate Dospan	1 460	26,1	+2,0
33	Connaught	5 210	0,83	Insuline NPH	2 028	38,9	+34,5
34	Wampole	5 087	0,81	Vitamine E	947	18,6	−16,5
35	Wander Anca Wander	4 842	0,77	Triaminic, Liquide	810	16,7	−16,3
36	International Chem. & Nuclear ICN Empire Sabra	4 381	0,70	Furoside	509	11,6	−52,2

Quatre premiers produits pour les ventes			
Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes (%)
Sinequan	1 418	20,7	+22,9
Atarax	1 070	15,6	+6,9
Diabinese	874	12,8	−4,4
Vibramycin	820	12,0	−2,6
Total	4 182	61,1	
Cidomycin	1 927	28,2	+4,4
Proctosedyl	1 505	22,0	+15,9
Mandrax	1 050	15,4	−7,6
Sofra-Tulle	953	14,0	+65,2
Total	5 435	79,6	
Catapres	1 180	18,2	+20,5
Alupent	1 085	16,8	+3,8
Canesten	967	14,9	+118,7
Dulcolax	945	14,6	−0,3
Total	4 177	64,7	
Novahistex-DH	1 482	25,9	−6,1
Novahistine DH	652	11,4	+23,5
Orifer F	552	9,6	+17,5
Rifadin	465	8,1	+42,6
Total	3 151	55,0	
Tenuate Dospan	1 460	26,1	+2,0
Vicks Formula 44	1 104	19,7	+18,2
Vicks Vaporub	651	11,6	+9,6
Bendectin	649	11,6	−3,8
Total	3 864	69,1	
Insuline NPH	2 028	38,9	+34,5
Insuline lente	1 957	37,6	+36,0
Insuline-Toronto	562	10,8	+48,4
Insuline	330	6,3	+20,0
Total	4 877	93,6	
Vitamine E	947	18,6	−16,5
Vitamine C	942	18,5	−14,4
C-2 a. Codeine	720	14,2	+14,1
Magnolax	602	11,8	−8,5
Total	3 211	63,1	
Triaminic liquide	810	16,7	−16,3
Triaminic capsules	579	12,0	−10,0
Tavist	542	11,2	+7,1
Trisulfaminic	463	9,6	−4,5
Total	2 394	49,4	
Furoside	509	11,6	−52,2
Dopamet	365	8,3	−44,1
E-Pam	293	6,7	−20,4
Uridon	274	6,3	−31,5
Total	1 441	32,9	

Tableau A4.2 (suite)

Partie I : ventes du marché des médicaments d'ordonnance au Canada en 1977, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du total	Nom	Ventes (milliers de $)	Part des ventes de la société (%)	Variation des ventes %
37	Pharmacia	4 374	0,70	Intralipid	2 635	60,2	+41,3
38	Rorer	4 123	0,66	Maalox	2 116	51,3	+6,1
39	Astra	3 965	0,63	Xylocaine. Inject.	1 124	28,3	+13,8
40	Nordic	3 343	0,53	Maxeran	1 672	50,0	+45,3
41	Fisons	3 117	0,50	Intal	1 954	62,7	−9,2
42	Organon	3 074	0,49	Cotazym	685	22,3	+15,4
43	Pennwalt	2 981	0,47	Ionamin	1 479	49,6	−0,1
44	Cooper Labs	2 902	0,46	Aveeno	619	21,3	+34,7
45	Allergan	2 695	0,43	Hydrocare	607	22,5	+78,9

Source : IMS Canada

Quatre premiers produits pour les ventes			
Nom	**Ventes (milliers de $)**	**Part des ventes de la société (%)**	**Variation des ventes (%)**
Intralipid	2 635	60,2	+41,3
Salazopyrin	1 105	25,3	+26,5
Vamin	357	8,2	+26,2
Rheomacrodex	145	3,3	+63,0
Total	4 242	97,0	
Maalox	2 116	51,3	+6,1
Maalox Plus	1 810	43,9	+36,7
Camalox	110	2,7	−21,2
G.B.H.	30	0,7	—
Total	4 066	98,6	
Xylocaine, Inject.	1 124	28,3	+13,8
Xylocaine, autres	702	17,7	+15,1
Xylocaine Cardiac	617	15,6	+62,1
Biquin Durules	494	12,5	+59,8
Total	2 937	74,1	
Maxeran	1 672	50,0	+45,3
Revitalose C-1000	510	15,3	−23,8
Glucophage	254	7,6	+108,7
Vitathion	180	5,4	+13,7
Total	2 616	78,3	
Intal	1 954	62,7	−9,2
Rynacrom	552	17,7	+34,5
Kondremul	163	5,2	+27,1
Imferon	161	5,2	+16,0
Total	2 830	90,8	
Cotazym	685	22,3	+15,4
Heparin	492	16,0	+9,7
Pavulon	446	14,5	−6,5
Deca-Durabolin	265	8,6	+34,5
Total	1 888	61,4	
Ionamin	1 479	49,6	−0,1
Tussionex	609	20,4	−5,1
Desenex	426	14,3	+25,9
Zaroxolyn	218	7,3	+29,2
Total	2 732	91,6	
Aveeno	619	21,3	+34,7
Elixophyllin	396	13,6	+23,2
Miocarpine	227	7,8	+4,9
Vasocidin	162	5,6	−0,5
Total	1 404	48,4	
Hydrocare	607	22,5	+78,9
Blephamide	256	9,5	+1,8
Herplex D	202	7,5	+30,1
Liquifilm Tears	146	5,4	+5,2
Total	1 211	44,9	

Tableau A4.2

Partie II : ventes du marché des médicaments d'ordonnance et du marché des prescriptions au Canada en 1982, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes				Quatre premiers produits pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du Total	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	% des ventes 82/81	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	Variation des ventes (%)
1	American Home Products	94 704	7,07	Min-Ovral	16 445	17,4	+16,1	Min-Ovral	16 445	17,4	+16,1
								Inderal 9/68	12 488	13,2	– 18,3
								Isordil	11 259	11,9	+23,2
								Ovral .25 mg 10/68	7 133	7,5	– 1,2
								Total	47 325	50,0	
2	Merck, Sharp & Dohme	92 172	6,88	Mefoxin 8/79	8 045	8,7	+45,3	Mefoxin 8/79	8 045	8,7	+45,3
								Clinoril 4/79	7 719	8,4	– 6,4
								Indocid 10/65	7 504	8,1	– 16,1
								Timoptic 10/78	6 963	7,6	+44,1
								Total	30 231	32,8	
3	SmithKline	63 766	4,76	Tagamet 6/77	38 205	59,9	– 3,1	6/77	38 205	59,9	– 3,1
								Dyazide 4/66	8 633	13,5	– 17,9
								Ancef 2/74	2 110	3,3	+58,7
								Stelabid 9/60	1 270	2,0	+0,4
								Total	50 218	78,7	
4	Ciba-Geigy	62 121	4,64	Lopresor 6/77	11 251	18,1	+61,2	Lopresor 6/77	11 251	18,1	+61,2
								Voltaren 9/80	7 164	11,5	+107,1
								Slow K 6/70	6 981	11,2	– 12,1
								Apresoline	5 212	8,4	+32,8
								Total	30 608	49,2	
5	Abbott	55 781	4,17	Tranxene	4 309	7,7	+12,8	Tranxene	4 309	7,7	+12,8
								Erythrocin	3 745	6,7	+16,2
								Depakene	2 012	3,6	+27,1
								Pentothal, Sod.	1 631	2,9	+12,3
								Total	11 697	20,9	
6	J. & J.	55 514	4,15	Ortho Novum 50 mcg	8 653	15,6	+7,5	Ortho Novum 50 mcg	8 653	15,6	+7,5
								Haldol	4 445	8,0	+16,8
								Ortho 1/35 6/80	4 340	7,8	+51,2
								Zomax 12/80	3 852	6,9	+61,6
								Total	21 290	38,3	
7	Pfizer	44 304	3,31	Feldene 4/81	24 643	55,6	+230,0	Feldene 4/81	24 643	55,6	+230,0
								Sinequan	5 052	11,4	+40,8
								Minipress	3 437	7,8	+39,9
								Vibramycin	2 910	6,6	+45,9
								Total	36 042	81,4	
8	Syntex	43 767	3,27	Naproxyn 7/74	29 078	66,4	+31,7	Naproxyn 7/74	29 078	66,4	+31,7
								Norinyl 7/64	3 298	7,5	+8,5
								Anaprox 9/80	1 785	4,1	+150,1
								Brevicon 9/76	1 679	3,8	– 8,4
								Total	35 840	81,8	
9	Warner-Lambert	40 777	3,05	Choledyl	3 131	7,7	– 7,3	Choledyl	3 131	7,7	– 7,3
								Dilantin Sodium	2 281	5,6	+24,6
								Benylin DM	1 644	4,0	– 2,7
								Loestrin	1 451	3,6	+5,4
								Total	8 507	20,9	

Total des ordonnances		Premier produit selon le nombre d'ordonnances				Quatre premiers produits selon le nombre d'ordonnances			
Nombres (milliers)	% du Total	Nom	Nombres d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981	Nom	Nombre d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981
19 094 4	10,9	Min-Ovral	3 187 3	16,7	+7,1	Min-Ovral	3 187 3	16,7	+7,1
						Amoxil	2 530 9	13,3	+15,3
						Inderal	2 200 7	11,5	– 7,1
						Ativan	2 164 1	11,3	+25,5
						Total	10 083 0	52,8	
11 464 8	6,5	Entrophen	1 585 0	13,8	– 12,9	Entrophen	1 585 0	13,8	– 12,9
						Hydrodiuril	888 7	7,8	– 38,8
						Acetophen Compounds	830 9	7,2	– 4,2
						Aldomet	829 9	7,2	– 33,1
						Total	4 134 5	36,1	
6 178 5	3,5	Dyazide	2 563 7	41,5	– 8,9	Dyazide	2 563 7	41,5	– 8,9
						Tagamet 6/77	2 150 2	34,8	+3,4
						Stelabid	157 5	2,5	– 9,9
						Herplex D	141 3	2,3	+7,4
						Total	5 012 7	81,1	
7 279 4	4,1	Slow K	2 065 9	28,4	– 6,9	Slow K	2 065 9	28,4	– 6,9
						Lopresor 7/77	1 027 8	14,1	+21,0
						Apresoline	607 6	8,3	+2,9
						Voltaren 9/80	519 7	7,1	+86,7
						Total	4 221 0	58,0	
2 682 2	1,5	Erythromid	715 3	26,7	– 4,5	Erythromid	715 3	26,7	– 4,5
						Erythrocin	644 3	24,0	– 13,7
						Tranxene	558 2	20,8	– 14,2
						EES	208 3	7,8	+17,0
						Total	2 126 1	79,3	
7 570 1	4,3	Ortho Novum 50 mcg	1 548 1	20,5	– 10,3	Ortho Novum 50 mcg	1 548 1	20,5	– 10,3
						Tylenol a. Cod., Non P.	1 191 8	15,7	+12,0
						Tylenol a. Cod., P.	578 5	7,6	– 3,3
						Zomax	559 5	7,4	+66,8
						Total	3 877 9	51,2	
5 092 3	2,9	Feldene	1 536 1	30,2	+195,8	Feldene	1 536 1	30,2	+195,8
						Tetracyn	882 1	17,3	– 27,5
						Atarax	653 5	12,8	+0,2
						Sinequan	521 7	10,2	+13,8
						Total	3 593 4	70,6	
3 726 3	2,1	Naprosyn 7/74	1 720 1	46,2	– 5,0	Naprosyn 7/74	1 720 1	46,2	– 5,0
						Norinyl	632 2	17,0	– 11,0
						Brevicon	325 7	8,7	+2,3
						Anaprox	192 5	5,2	+132,9
						Total	2 870 5	77,0	
5 899 2	3,3	Dilantin Sodium	882 4	15,0	+2,4	Dilantin Sodium	882 4	15,0	+2,4
						Choledyl	753 9	12,8	– 17,3
						Benadryl	311 2	5,3	– 7,9
						Loestrin	268 0	4,5	– 12,3
						Total	2 215 8	37,6	

Tableau A4.2 (suite)

Partie II : ventes du marché des médicaments d'ordonnance et du marché des prescriptions au Canada en 1982, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes				Quatre premiers produits pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du Total	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	% des ventes 82/81	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	Variation des ventes (%)
10	Bristol-Myers	40 512	3,03	Platinol 1/79	3 807	9,4	+47,0	Platinol 1/79	3 807	9,4	+47,0
								Keri 10/65	1 808	4,5	+26,8
								Blenoxane 4/73	1 650	4,1	+33,5
								Tempra	1 562	3,9	+40,2
								Total	8 728	21,5	
11	Glaxo Canada	38 773	2,90	Ventolin	18 706	48,2	+26,2	Ventolin	18 706	48,2	+26,2
								Beclovent	3 100	8,0	+7,5
								Dermovate	2 038	5,3	+14,6
								Beconase	2 036	5,3	+14,7
								Total	25 880	66,7	
12	Upjohn	37 949	2,83	Motrin	13 133	34,6	+14,3	Motrin	13 133	34,6	+14,3
								Halcion	6 896	18,2	+82,2
								Dalacin C	4 372	11,5	−0,2
								Solu-Medrol	1 731	4,6	+5,2
								Total	26 132	68,9	
13	Sandoz	35 150	2,63	Visken 8/78	4 671	13,3	+64,1	Visken 8/78	4 671	13,3	+64,1
								Fiorinal C	4 336	12,3	+9,9
								Calcium-Sandoz	3 453	9,8	+29,7
								Parlodel	1 873	5,3	+31,9
								Total	7 427	21,1	
14	Baxter Labs	34 924	2,61	Dextrose	12 121	34,7	−3,9	Dextrose	12 121	34,7	−3,9
								Dianeal a. Dext.	5 255	15,0	−2,4
								Normal Saline Viaflex	4 491	12,9	−3,7
								Normal Saline	3 208	9,2	+61,0
								Total	16 093	46,1	
15	Lilly	30 512	2,28	Nebcin 6/75	5 303	17,4	+45,8	Nebcin 6/75	5 303	17,4	+45,8
								Keflex 3/71	4 428	14,5	+25,0
								Nalfon 7/75	2 253	7,4	−5,6
								Ceclor 1/80	1 872	6,1	+47,9
								Total	13 856	45,4	
16	Searle	28 129	2,10	Metamucil	7 833	27,8	+32,9	Metamucil	7 833	27 8	+32,9
								Aldactazide	6 916	24,6	+15,9
								Aldactone	4 735	16,8	+8,1
								Isoptin	2 266	8,1	—
								Total	21 750	77,3	
17	Squibb	27 769	2,07	Corgard 7/79	5 411	19,5	+90,3	Corgard 7/79	5 411	19,5	+90,3
								Kenacomb	2 792	10,1	+0,8
								Capoten	2 079	7,5	—
								Modecate	2 012	7,2	+57,1
								Total	12 294	44,3	
18	B.W.	25 768	1,92	Lanoxin	3 997	15,5	+35,0	Lanoxin	3 997	15,5	+35,0
								Zyloprim	2 490	9,7	−8,5
								Septra	1 389	5,4	−10,8
								Imuran	1 295	5,0	+72,6
								Total	9 171	35,6	

Total des ordonnances		Premier produit selon le nombre d'ordonnances				Quatre premiers produits selon le nombre d'ordonnances			
Nombres (milliers)	% du Total	Nom	Nombres d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981	Nom	Nombre d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981
1 632 8	0,9	Polymox	221 2	13,5	– 36,9	Polymox	221 2	13,5	– 36,9
						Colace	108 3	6,6	– 9,3
						Tetrex	101 0	6,2	– 36,3
						Staticin	92 7	5,7	+28,0
						Total	523 2	32,0	
5 652 6	3,2	Ventolin	2 259 5	40,0	+6,5	Ventolin	2 259 5	40,0	+6,5
						Eltroxin	938 3	16,6	+1,2
						Betnovate	710 9	12,6	– 10,1
						Beclovent	423 8	7,5	+4,1
						Total	4 332 5	76,6	
5 812 0	3,3	Halcion	2 176 0	37,4	+32,8	Halcion	2 176 0	37,4	+32,8
						Motrin	1 595 9	27,5	– 6,4
						Deltasone	661 7	11,4	+1,7
						E-Mycin	263 9	4,5	– 3,4
						Total	4 697 5	80,8	
4 278 4	2,4	Fiorinal C	816 6	19,1	– 2,9	Fiorinal C	816 6	19,1	– 2,9
						Fiorinal	389 4	9,1	+5,4
						Visken	326 3	7,6	+37,5
						Calcium-Sandoz forte	279 9	6,5	+4,9
						Total	1 812 2	42,4	
877 5	0,5	Synthroid	861 2	98,1	+4,0	Synthroid	861 2	98,1	+4,0
						Choloxin	15 4	1,8	– 27,8
						Total	876 6	99,9	
3 188 3	1,8	Nitroglycerin	661 7	20,8	– 7,2	Nitroglycerin	661 7	20,8	– 7,0
						Keflex 3/71	517 0	16,2	+39,7
						Ilosone	437 8	13,7	+45,2
						Seconal Sodium	193 0	6,1	– 20,7
						Total	1 809 5	56,8	
3 284 1	1,8	Aldactazide	1 014 9	30,9	– 8,9	Aldactazide	1 014 9	30,9	– 8,9
						Metamucil	902 2	27,5	– 30,3
						Aldactone	442 9	13,5	– 10,8
						Lomotil	233 8	7,1	– 6,5
						Total	2 593 8	79,0	
2 123 0	1,2	Mycostatin	437 4	20,6	– 6,6	Mycostatin	437 4	20,6	– 6,6
						Kenacomb	401 2	18,9	– 6,8
						Corgard	380 5	17,9	+36,9
						Pronestyl	87 6	4,1	– 3,1
						Total	1 306 7	61,5	
6 994 0	3,9	Lanoxin	3 730 1	53,3	– 4,6	Lanoxin	3 730 1	53,3	– 4,6
						Zyloprim	430 0	6,1	– 17,3
						Septra	398 2	5,7	+9,6
						Sudafed	328 7	4,7	– 38,3
						Total	4 886 9	69,9	

Tableau A4.2 (suite)

Partie II : ventes du marché des médicaments d'ordonnance et du marché des prescriptions au Canada en 1982, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes				Quatre premiers produits pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du Total	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	% des ventes 82/81	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	Variation des ventes (%)
19	Schering	25 579	1.91	Chlor-Tripolon	2 975		+36.8	Chlor-Tripolon	2 975	11.6	+36.8
								Garamycin	1 861	7.3	−12.8
								Valisone	1 593	6.2	+21.7
								Drixoral S A	1 382	5.4	+57.4
								Total	7 811	30.5	
20	Rhône Poulenc	23 716	1.77	Surmontil	4 598		+32.1	Surmontil	4 598	19.4	+32.1
								Orudis	4 100	17.3	+14.1
								Nozinan	2 628	11.1	+39.2
								Flagyl	2 281	9.6	+999.9
								Total	13 607	57.4	
21	Carter-Wallace	22 725	1.70	Peptol	6 045		+999.9	Peptol	6 045	26.6	+999.9
								Gravol	3 381	14.9	−4.1
								Diovol	2 861	12.6	−0.1
								Purinol	947	4.2	−9.4
								Total	13 234	58.2	
22	Novopharm	22 296	1.67	Novamoxin	3 083		+47.5	Novamoxin	3 083	13.8	+47.5
								Novo-Ampicillin	1 814	8.1	−10.0
								Novemedopa	1 681	7.5	+55.9
								Novomethacin	1 551	7.0	+79.8
								Total	8 129	36.5	
23	Roche	21 507	1.61	Valium	3 034		−21.9	Valium	3 034	14.1	−21.9
								Dalmane	3 000	13.9	−26.3
								Bactrim	2 400	11.2	−5.6
								Librax	1 477	6.9	+4.1
								Total	9 911	46.1	
24	Astra	17 513	1.31	Theo-Dur	5 798		+95.3	Theo-Dur	5 798	33.1	+95.3
								Betaloc	4 404	25.1	+42.2
								Biquin Durules	1 629	9.3	+21.8
								Xylocaine	1 581	9.0	+20.0
								Total	13 412	76.6	
25	Sterling	16 125	1.20	Cyclomen	2 064		+62.1	Cyclomen	2 064	12.8	+62.1
								Talmin	1 513	9.4	+37.6
								Gaviscon Foam Tab	1 253	7.8	+29.7
								Phisohex	1 048	6.5	+3.2
								Total	5 878	36.5	
26	Ames	15 972	1.19	Adalat	7 636			Adalat	7 636	47.8	
								Canesten Topical	1 592	10.0	+17.6
								Canesten Vag.	1 536	9.6	−28.8
								Tridesilon	708	4.4	+53.4
								Total	11 472	71.8	
27	Robins	15 365	1.15	Dimetapp. Capsules	2 852			Dimetapp. Capsules	2 852	18.6	−11.9
								Robaxisal	1 234	8.0	+31.8
								Dimetapp. Liquid	1 184	7.7	+2.4
								Robitussin	971	6.3	+12.9
								Total	6 241	40.6	

Total des ordonnances		Premier produit selon le nombre d'ordonnances				Quatre premiers produits selon le nombre d'ordonnances			
Nombres (milliers)	% du Total	Nom	Nombres d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981	Nom	Nombre d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981
3 186 5	1.8	Sulamyd	427 0		– 5,6	Sulamid	427 0	13,4	– 5,6
						Garamycin	421 8	13,2	+10,3
						Celestoderm-V	396 3	12,4	– 4,5
						Drixoral	221 4	6,9	+4,7
						Total	1 466 5	46,0	
2 404 5	1.3	Surmontil	492 4		+0,1	Surmontil	492 4	20,5	+0,1
						Orudis	380 2	15,8	– 11,1
						Nozinan	288 7	12,0	– 8,6
						Flagystatin	185 9	7,7	+0,7
						Total	1 347 2	56,0	
2 475 3	1,4	Vivol	395 9		– 32,3	Vivol	395 9	16,0	– 32,3
						Peptol	275 6	11,1	—
						Atasol-30	235 9	9,5	+45,6
						Purinol	231 5	9,4	+22,7
						Total	1 138 9	46,0	
12 354 0	7,0	Novamoxin	1 209 2		+44,5	Novamoxin	1 209 2	9,8	+44,5
						Novotetra	1 035 7	8,4	+35,2
						Novoflupam	744 1	6,0	+79,1
						Novo-Ampicillin	737 7	6,0	+1,2
						Total	3 726 7	30,2	
4 721 6	2,6	Dalmane	1 128 5		– 46,3	Dalmane	1 128 5	23,9	– 46,3
						Valium	1 029 3	21,8	– 37,8
						Bactrim	595 6	12,6	– 3,6
						Noludar	379 0	8,0	– 18,2
						Total	3 132 4	66,3	
1 337 1	0,7	Theo-Dur	653 8		+72,5	Theo-Dur	653 8	48,9	+72,5
						Betaloc	405 6	30,3	+9,4
						Biquin Durules	98 1	7,3	+18,9
						Kalium	82 1	6,1	+5,2
						Total	1 239 6	92,7	
1 137 1	0,6	Talmin	253 6		– 3,0	Talmin	253 6	22,3	– 3,0
						Phisohex	138 7	12,2	– 9,6
						Demerol	126 9	11,2	+2,3
						Gaviscon	109 3	9,6	+9,8
						Total	628 5	55,3	
1 148 3	0,6	Canesten, Top. & Vag.	466 3		– 17,0	Canesten, T&V	466 3	40,6	– 17,0
						Adalat	253 3	22,1	—
						Tridesilon	132 1	11,5	+32,9
						Domeboro	40 3	3,5	– 11,8
						Total	8 920	77,7	
2 410 7	1,3	Dimetapp, Caps & Liq.	350 9		– 7,2	Dimetapp, Caps & Liq.	350 9	14,6	– 7,2
						Dimetane	296 2	12,3	– 14,7
						Robitussin	295 6	12,3	– 16,5
						Robaxisal	184 6	7,7	+7,9
						Total	1 127 3	46,8	

Tableau A4.2 (suite)

Partie II : ventes du marché des médicaments d'ordonnance et du marché des prescriptions au Canada en 1982, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes				Quatre premiers produits pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du Total	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	% des ventes 82/81	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	Variation des ventes (%)
28	Lederle	15 122	1,13	Minocin	3 593	23,8	+48,2	Minocin	3 593	23,8	+48,2
								Asendin	1 077	7,1	+103,9
								Methotrexate	757	5,0	– 48,8
								Leucovorin	738	4,9	+17,5
								Total	6 165	40,8	
29	Boehringer	14 999	1,12	Persantine	5 975	39,8	+55,0	Persantine	5 975	39,8	+55,0
								Catapres	2 044	13,6	+29,4
								Dulcolax	1 520	10,1	+16,5
								Berotec	1 496	10,0	+35,1
								Total	11 035	73,6	
30	Roussel	11 638	0,87	Rythmodan	2 566	22,0	+30,4	Rythmodan	2 566	22,0	+30,4
								Proctosedyl	2 274	19,5	– 1,1
								Claforan	1 409	12,1	–
								Cidomycin	1 166	10,0	– 40,0
								Total	7 415	63,7	
31	Connaught	10 746	0,80	Insuline Lente	4 256	39,6	+20,9	Insuline Lente	4 256	39,6	+20,9
								Insuline NPH	4 047	37,7	+13,8
								Insuline -Toronto	1 737	16,2	+34,8
								Insuline Zinc Prot	258	2,4	– 2,4
								Total	10 298	95,8	
32	Hoechst	9 617	0,72	Diabeta	2 492	25,9	+32,7	Diabeta	2 492	25,9	+32,7
								Lasix, non-inject.	2 010	20,9	– 9,0
								Surfak	1 397	14,5	+25,1
								Lasix, injectable	909	9,5	– 42,4
								Total	6 808	70,8	
33	Dow Pharmaceutical	9 565	0,71	Orifer-F	964		– 10,0	Orifer-F	964	10,1	– 10,0
								Novahistex-DH	778	8,1	– 21,3
								Novahistex-DM	654	6,8	+6,6
								Novahistex	650	6,8	+62,6
								Total	3 046	31,8	
34	Apotex Inc.	9 498	0,71	Apo-Propranolol	3 217	33,9	+4,3	Apo-Propranolol	3 217	33,9	+4,3
								Apo-ISDN	788	8,3	–
								Apo-Sulfatrim	707	7,4	+8,8
								Apo-Methyldopa	562	5,9	+90,7
								Total	5 274	55,5	
35	Richardson-Merrell	8 980	0,67	Tenuate Dospan	1 653	18,4	– 0,4	Tenuate Dospan	1 653	18,4	– 0,4
								Clomid	1 110	12,4	+31,8
								Bendectin	841	9,4	+72,4
								AVC	814	9,1	+16,1
								Total	4 418	49,2	
36	Rorer Canada Inc.	8 179	0,61	Maalox	3 439	37,1	+18,4	Maalox	3 439	42,0	+18,4
								Maalox Plus	2 340	28,6	+21,0
								Vit. A Acid	447	5,5	+38,6
								Maalox TC	367	4,5	+104,7
								Total	6 593	80,6	

Total des ordonnances		Premier produit selon le nombre d'ordonnances				Quatre premiers produits selon le nombre d'ordonnances			
Nombres (milliers)	% du Total	Nom	Nombres d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981	Nom	Nombre d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981
1 048 0	0,6	Minocin	195 9	18,6	+5,2	Minocin	195 9	18,6	+5,2
						Nilstat	99 0	9,4	+2,1
						Asendin	98 0	9,3	+163,1
						Aristocort-R	81 9	7,8	– 12,6
						Total	474 8	45,3	
1 351 8	0,7	Persantine	302 2	22,3	+11,9	Persantine	302 2	22,3	+11,9
						Berotec	199 5	14,7	+8,1
						Alupent	177 7	13,1	– 3,6
						Catapres	177 3	13,1	+2,1
						Total	856 7	63,4	
1 078 4	0,6	Proctosedyl	306 7	28,4	– 9,1	Proctosedyl	306 7	28,4	– 9,1
						Mandrax	171 6	15,9	– 19,2
						Sofracort	164 8	15,2	– 0,8
						Rythmodan	130 0	12,0	+4,5
						Total	773 1	71,7	
1 029 0	0,5	Insuline NPH	419 3	40,6	+13,5	Insuline NPH	419 3	40,6	+13,5
						Insuline Lente	375 9	36,4	+6,7
						Ins-Toronto	166 5	16,1	+30,1
						Ins Zinc Prot.	19 9	1,9	– 8,9
						Total	981 6	95,4	
1 586 0	0,9	Lasix, Inj. & Non-inject.	574 7	36,2	– 32,1	Lasix, Inj. & Non-inj.	574 7	36,2	– 32,1
						Diabeta	487 3	30,7	+17,3
						Surfak	246 8	15,5	+5,3
						Topicort	92 8	5,8	+12,1
						Total	1 401 6	88,4	
1 147 7	0,6	Novahistine DH	231 1	20,1	– 7,3	Novahistine DH	231 1	20,1	– 7,3
						Novahistex DH	225 9	19,6	– 16,8
						Mercodol-Decapryn	125 8	10,9	– 29,7
						Novahistex DM	72 6	6,3	+53,9
						Total	655 4	57,1	
5 687 1	3,2	Apo-Hydrochoro-Thiaz	996 0	17,6	+8,5	Apo-Hypochlo.	996 0	17,6	+8,5
						Apo-Propran.	929 7	16,4	– 12,8
						Apo-Diazepam	628 8	11,1	+12,3
						Apo-Furosemide	459 5	8,1	+21,2
						Total	3 014 0	53,0	
1 392 9	0,7	Bentylol	259 5	18,6	– 33,7	Bentylol	259 5	18,6	– 33,7
						Tenuate Dospan	212 6	15,3	– 10,1
						AVC	138 4	9,9	– 12,9
						Bendectin	121 2	8,7	– 7,7
						Total	731 7	52,5	
882 4	0,5	Maalox	471 5	53,4	– 33,8	Maalox	471 5	53,4	– 33,8
						Vit. A Acid	93 4	10,5	+5,1
						Maalox Plus	71 8	8,1	+9,1
						Sulfacet-R	50 2	5,6	+5,3
						Total	686 9	77,8	

Tableau A4.2 (suite)

Partie II : ventes du marché des médicaments d'ordonnance et du marché des prescriptions au Canada en 1982, pour le premier produit et pour les quatre premiers produits, énumérés selon l'importance des sociétés (valeur des ventes de médicaments d'ordonnance)

		Méd. d'ordonnance		Premier produit pour les ventes				Quatre premiers produits pour les ventes			
	Nom de la société	Ventes (milliers de $)	% du Total	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	% des ventes 82/81	Nom	Ventes (milliers de $)	% des ventes de la société	Variation des ventes (%)
37	International Chem. & Nuclear	7 711	0,58	M.O.S.	839	10,9	+158,1	M.O.S. Carbolith Cortenema Dopamet Total	839 504 371 307 2 021	10,9 6,5 4,8 4,0 26,2	+158,1 +19,1 +26,4 – 0,9
38	Beecham	7 399	0,53	Ticar	3 366	45,5	+25,4	Ticar Palafer caps & tabs Fastin Palafer CF Total	3 366 521 359 335 4 581	45,5 7,0 4,9 4,5 61,9	+25,4 – 13,8 +12,7 +4,4
39	Wampole	7 131	0,53	Vitamine E	1 514	21,2	+3,9	Vitamine E Acide ascorbique Magnolax Stress Formula Vit. Total	1 514 1 227 847 409 3 997	21,2 17,2 11,9 5,7 56,1	+3,9 +1,4 +15,4 – 17,3
40	Nordic	6 975	0,52	Maxeran	2 624	37,6	+10,2	Maxeran Sulcrate Glucophage Revitalose Total	2 624 1 134 856 587 5 201	37,6 16,3 12,3 8,4 75,6	+10,2 +133,8 +35,8 – 2,6
41	Adria Labs	6 809	0,51	Adriamycin	6 067	89,1	+28,2	Adriamycin Myoflex Kaochlor-10 Modane Total	6 067 272 119 89 6 547	89,1 4,0 1,7 1,3 96,2	+28,2 +19,1 +58,6 +8,9
42	Revlon Health Group	6 713	0,50	Soft Lens	2 454		+53,9	Soft Lens Arlidin Revimine Euglucon Total	2 454 762 514 391 4 121	36,6 11,4 7,7 5,8 61,4	+53,9 – 8,9 +34,8 +60,9
43	Organon	6 447	0,48	Pavulon	972	15,1	+1,3	Pavulon Hepalean Cotazym Ampilean Total	972 858 783 441 3 054	15,1 13,3 12,1 6,8 47,4	+1,3 – 12,3 – 13,3 – 14,5
44	Fisons	6 210	0,46	Intal-P	2 108	33,9	– 10,4	Intal-P Rynacrom Opticrom Fivent Total	2 108 1 133 695 674 4 610	33,9 18,2 11,2 10,9 74,2	– 10,4 +10,7 +29,3 —
45	Pharmacia	6 065	0,45	Nutralipid	2 744	45,2	– 29,2	Nutralipid Salazopyrin Debrisan Beads Vamin Total	2 744 2 204 418 248 5 614	45,2 36,3 6,9 4,1 92,6	– 29,2 +16,3 – 8,8 – 60,4

Source : IMS Canada

Total des ordonnances		Premier produit selon le nombre d'ordonnances				Quatre premiers produits selon le nombre d'ordonnances			
Nombres (milliers)	% du Total	Nom	Nombres d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981	Nom	Nombre d'ordonnances (milliers)	% des ordonnances de la soc.	Variation des ordonnances (%) 1982/1981
4 508 2	2,5	E-Pam	779 7	17,3	+0,5	E-Pam	779 7	17,3	+0,5
						Furoside	446 3	9,9	+14,9
						Uroxide	401 9	8,9	+5,3
						Ox-Pam	264 3	5,9	+91,7
						Total	1 892 2	42,0	
394 9	0,2	Palafer, Caps, Compr et Liq	73 4	18,5	+5,2	Palafer	73 4	18,5	+5,2
						Fastin	59 6	15,0	+15,6
						Complamin	55 8	14,1	−69,6
						Hydro Aquil	32 1	8,1	−54,9
						Total	220 9	55,9	
232 8	0,01	Acide ascorbique	67 0	28,7	−22,3	Acide ascorbique	67 0	28,7	−22,3
						Vitamine E	58 3	25,0	+42,0
						Magnolax	15 9	6,8	+110,3
						Ferrous Sulfate	15 5	6,6	−34,0
						Total	156 8	67,4	
971 0	0,5	Maxeran	406 3	41,8	+2,0	Maxeran	406 3	41,8	+2,0
						Glucophage	166 1	17,1	+4,9
						Revitalose	63 7	6,5	−2,1
						Sulcrate	60 9	6,2	+116,7
						Total	697 0	71,8	
108 5	0,1	Myoflex	55 1	50,7	−28,8	Myoflex	55 1	50,7	−28,8
						Kaon	14 7	13,5	−25,6
						Modane	14 1	12,9	−47,0
						Kaochlor-10	13 0	12,0	−8,9
						Total	96 9	89,3	
343 3	0,2	Euglucon	166 6	48,5	+43,4	Euglucon	166 6	48,5	+43,4
						Arlidin	55 8	16,3	+27,6
						Chloral Hydrate	37 6	11,0	−1,7
						Aquasol A	20 0	5,8	−1,1
						Total	280 0	81,6	
512 9	0,3	Moxilean	168 2	32,7	−5,7	Moxilean	168 2	32,7	−5,7
						Ampilean	62 6	12,1	−17,2
						Tetralean	44 7	8,7	+25,3
						Cotazym	43 9	8,5	−2,4
						Total	319 4	62,3	
417 1	0,2	Opticrom	96 8	23,2	+20,6	Opticrom	96 8	23,2	+20,6
						Intal-P	88 8	21,2	−18,9
						Rynacrom	80 0	19,1	+8,0
						Palaron	40 3	9,6	−22,7
						Total	305 9	73,3	
135 2	0,1	Salazopyrin	114 0	84,3	−4,4	Salazopyrin	114 0	84,3	−4,4
						Calmurid	5 5	4,0	−31,4
						Microlax	5 3	3,9	+6,3
						Debrisan Beads	3 9	2,9	+22,8
						Total	128 7	95,2	

Tableau A4.3

Achats de produits pharmaceutiques d'ordonnance par les pharmacies chez les dix premières compagnies de produits pharmaceutiques en 1984 : Canada, 1979-1984
(milliers de $)

	1979		1980		1981		1982		1983		1984	
	$ Pharm.	%	$ Pharm.	%	$ Pharm.	%	$ Pharm.	%	$ Pharm.	%	$ Pharm.	%
Marché d'ordonnance	675 086	108,0	752 206	108,0	888 435	108,0	1 068 405	108,0	1 315 484	108,0	1 516 386	108,0
American Home Prod.	74 333	11,0	76 952	10,2	83 545	9,4	86 556	8,1	108 039	8,2	123 398	8,1
Merck Frosst	54 914	8,1	62 222	8,3	73 541	8,3	79 370	7,4	97 376	7,4	108 828	7,2
Ciba-Geigy	38 021	5,6	39 367	5,2	48 910	5,5	59 075	5,5	73 746	5,6	85 338	5,6
J. & J.	27 751	4,1	32 690	4,3	44 741	5,0	54 641	5,1	67 632	5,1	79 195	5,2
Quatre premières sociétés		28,8		28,0		28,2		26,1		26,3		26,1
Glaxo Canada Ltd.	20 214	3,0	21 989	2,9	26 026	2,9	32 342	3,0	50 478	3,8	69 699	4,6
Pfizer	8 481	1,3	11 747	1,6	20 487	2,3	41 490	3,9	44 963	3,4	48 665	3,2
SmithKline	36 902	5,5	44 770	6,0	57 234	6,4	57 137	5,3	50 336	3,8	47 943	3,2
Warner-Lambert	27 617	4,1	29 973	4,0	34 704	3,9	37 404	3,5	44 219	3,4	47 657	3,1
Huit premières sociétés		42,7		42,5		43,7		41,8		40,7		40,2
Abbott	20 484	3,0	25 087	3,3	28 577	3,2	34 773	3,3	43 032	3,3	47 171	3,1
Bristol-Myers	17 637	2,6	20 869	2,8	24 023	2,7	27 015	2,5	35 098	2,7	46 175	3,0
Dix premières sociétés		48,3		48,6		49,6		47,6		46,7		46,3

Source : IMS Canada

Tableau A4.4

Achats de produits pharmaceutiques d'ordonnance par les hôpitaux auprès des dix premières compagnies pharmaceutiques en 1984 : Canada, 1979-1984 (milliers de $)

	1979		1980		1981		1982		1983		1984	
	$ Hôp.	%	$ Hôp.	%	$ Hôp.	%	$ Hôp.	%	$ Hôp.	%	$ Hôp.	%
Marché d'ordonnance	159 834	100,0	186 175	100,0	216 726	100,0	241 886	100,0	276 842	100,0	334 352	100,0
Baxter Labs	21 704	13,6	26 151	14,0	32 440	15,0	33 222	13,7	31 111	11,2	39 221	11,7
Abbott	10 674	6,7	14 627	7,9	15 724	7,3	19 984	8,3	22 679	8,2	26 240	7,8
Bristol-Myers	6 427	4,0	7 127	3,8	10 345	4,8	13 553	5,6	16 149	5,8	19 922	6,0
Merck Frosst	4 465	2,8	7 146	3,8	10 520	4,9	12 843	5,3	15 028	5,4	18 778	5,6
Quatre premières sociétés		27,1		29,5		32,0		32,9		30,6		31,1
Lilly	7 098	4,4	8 604	4,6	11 585	5,3	14 691	6,1	16 495	6,0	18 644	5,6
Rhône-Poulenc	2 803	1,8	3 117	1,7	3 871	1,8	7 104	2,9	11 195	4,0	13 863	4,1
Upjohn	6 784	4,2	7 272	3,9	8 766	4,0	9 603	4,0	11 368	4,1	12 698	3,8
American Home Prod.	9 086	5,7	8 140	4,4	8 105	3,7	8 209	3,4	9 611	3,5	10 883	3,3
Huit premières sociétés		43,2		44,1		46,8		49,3		48,2		47,9
Glaxo Canada	5 390	3,4	5 310	2,9	5 504	2,5	6 439	2,7	7 466	2,7	9 761	2,9
Squibb	2 898	1,8	4 552	2,4	4 869	2,2	5 660	2,3	6 720	2,4	8 952	2,7
Dix premières sociétés		48,4		49,4		51,5		54,3		53,3		53,5

Source : IMS Canada

Tableau A4.5

Achats de produits pharmaceutiques d'ordonnance auprès des dix premières compagnies de produits pharmaceutiques en 1984 : Canada, 1979-1984
(milliers de $)

	1979		1980		1981		1982		1983		1984	
	$ Total	%	$ Total	%	$ Total	%	$ Total	%	$ Total	%	$ Total	%
Marché d'ordonnance	834 840	100,0	938 381	100,0	1 105 161	100,0	1 810 290	100,0	1 592 326	100,0	1 850 738	100,0
American Home Prod.	83 419	10,0	85 092	9,1	91 650	8,3	94 766	7,2	117 650	7,4	134 280	7,3
Merck Frosst	59 378	7,1	69 368	7,4	84 061	7,6	92 218	7,0	112 404	7,1	127 606	6,9
Ciba-Geigy	40 352	4,8	41 755	4,5	51 525	4,7	61 973	4,7	77 272	4,9	89 555	4,8
J. & J.	30 949	3,7	36 375	3,9	49 268	4,5	59 846	4,6	74 868	4,7	87 435	4,7
Quatre premières sociétés		25,6		24,9		25,1		23,5		24,1		23,7
Glaxo Canada Ltd	25 604	3,1	27 299	2,9	31 530	2,9	38 781	3,0	57 944	3,6	79 460	4,3
Abbott	31 158	3,7	39 715	4,2	44 301	4,0	54 757	4,2	65 712	3,5	73 411	4,0
Bristol-Myers	24 064	2,9	27 996	3,0	34 368	3,1	40 563	3,1	51 247	3,2	66 097	3,6
SmithKline	41 267	4,9	49 986	5,3	63 955	5,8	63 968	4,9	58 001	3,6	55 799	3,0
Huit premières sociétés		40,2		40,3		40,9		38,7		38,0		38,6
Warner-Lambert	30 928	3,7	33 733	3,6	38 354	3,5	41 389	3,2	48 613	3,1	52 843	2,9
Upjohn	21 291	2,6	25 684	2,7	31 983	2,9	37 967	2,9	48 205	3,0	51 840	2,8
Dix premières sociétés		46,5		46,6		47,3		44,8		44,1		44,3

Source : IMS Canada

Tableau A4.6

Indices de concentration pour quatre entreprises, par catégorie thérapeutique, 1964-1976

		Marché d'ordonnance	1 Analgésiques d'ordonnance 5,4%	2 Antibiotiques: spectre large et moyen 4,9%	3 Antibiotiques: oraux et autres pénicillines 3,0%	4 Ataraxiques 5,4%	5 Bronchodilatateurs 2,3%	6 Prép. contre la toux et le rhume 5,1%	7 Hématiniques 0,9%	8 Hormones sexuelles 6,8%	9 Hormones: corticostéroïdes simples 2,9%	10 Hormones: corticostéroïdes comb. 1,7%	11 Autres hypotenseurs 1,6%	12 Laxatifs d'ordonnance 2,0%	13 Vitamines 6,0%	14 Éléments nutritifs 3,4%
1964	A	21,2	68,8	55,7	78,8		51,8	42,9	34,0	81,0	60,2	59,3	86,7		44,5	74,7
	B	21,6	73,1	58,7	75,6		52,7	43,0	36,1	85,0	53,9	59,3	86,4		45,9	77,2
	C	25,3	66,2	52,6	90,6		51,4	47,1	39,7	52,9	76,5	58,4	87,4		41,7	69,5
1965	A	21,6	68,3	55,0	83,4		51,9	46,6	32,3	79,2	60,0	56,9	89,9		41,4	77,8
	B	21,8	73,1	57,1	79,4		54,3	46,4	34,8	82,7	51,2	59,5	90,3		43,3	80,2
	C	26,4	67,2	53,6	93,6		58,2	50,0	41,5	51,1	76,6	62,8	94,2		41,1	65,8
1966	A	22,9	68,8	50,3	85,2		54,1	46,0	32,2	74,2	59,1	59,8	92,0		42,1	77,7
	B	23,5	73,4	54,7	82,0		58,0	46,2	34,5	76,8	49,3	60,0	91,9		43,7	80,1
	C	25,9	66,8	50,7	94,9		57,4	49,3	39,0	51,4	78,9	58,9	93,5		38,7	68,3
1967	A	25,2	67,4	49,3	86,3		56,7	46,1	31,2	74,3	57,2	57,1	93,6	43,8	40,6	80,0
	B	26,4	72,8	52,6	82,7		60,2	46,5	33,7	76,9	47,1	56,5	94,1	41,8	42,4	80,9
	C	27,7	64,2	53,2	95,8		64,6	48,3	42,4	52,1	76,5	60,6	95,6	58,6	39,6	66,2
1968	A	26,3	68,8	49,9	87,2	77,6	63,2	46,3	36,0	71,8	58,1	56,4	92,5	43,0	39,6	81,9
	B	26,5	73,4	55,8	84,1	81,8	64,3	46,4	37,7	73,7	48,8	56,0	93,2	42,5	40,8	83,0
	C	28,4	64,1	46,5	96,0	76,5	66,5	50,7	43,0	51,7	79,6	59,0	93,2	58,7	40,8	67,9
1969	A	27,3	69,2	48,7	88,8	76,9	63,7	46,5	33,4	72,2	60,0	55,8	94,7	42,7	40,2	82,4
	B	27,7	73,4	56,4	86,3	80,0	65,1	46,5	34,1	74,2	55,3	56,0	95,2	41,2	41,5	83,6
	C	28,0	70,2	48,7	96,4	79,3	66,9	51,3	41,4	51,2	80,9	60,2	97,3	54,5	42,1	71,7
1970	A	28,3	67,4	45,7	86,8	76,1	63,0	46,1	35,4	74,3	61,6	55,5	96,6	42,7	45,5	83,3
	B	29,5	71,2	55,4	84,1	79,5	64,1	46,0	37,2	76,9	56,3	54,9	96,7	42,5	46,7	84,3
	C	28,5	68,3	57,3	96,5	76,9	64,7	56,7	40,8	53,6	80,6	60,8	96,0	53,0	43,2	72,0
1971	A	27,9	68,0	50,3	83,0	73,8	65,7	47,2	36,6	80,1	65,0	54,8	97,3	41,8	39,6	80,6
	B	29,2	71,4	56,7	79,9	77,4	67,5	46,8	38,1	82,5	62,2	55,2	97,7	46,2	40,7	81,7
	C	28,1	67,8	60,8	94,9	76,1	56,7	55,8	43,4	54,9	79,9	62,5	98,6	46,8	42,8	67,9
1972	A	27,3	68,3	56,7	84,7	72,9	66,4	50,3	36,2	80,8	68,5	62,6	97,6	42,8	40,9	76,2
	B	29,4	71,8	58,0	82,6	75,2	68,6	50,5	38,3	83,2	66,4	63,0	97,7	47,9	42,1	77,0
	C	28,8	65,1	69,8	92,6	77,8	59,9	49,4	44,3	57,8	81,4	61,9	95,7	43,8	45,1	74,0
1973	A	25,6	67,9	58,0	85,0	68,6	65,3	52,1	33,9	82,3	68,7	61,4	95,3	45,8	40,9	75,4
	B	27,7	71,7	54,2	83,1	69,9	67,4	52,2	35,7	84,7	67,6	61,5	96,1	52,3	41,9	76,3
	C	29,1	62,9	71,4	91,8	72,6	57,6	45,2	43,8	63,1	82,6	60,6	92,9	43,9	47,0	76,4
1974	A	24,9	66,7	54,7	87,4	67,0	65,2	52,0	35,5	83,9	68,1	63,1	95,8	49,0	32,9	72,1
	B	27,2	70,9	50,7	86,2	68,5	66,6	52,1	37,9	86,2	66,3	63,5	97,0	54,8	33,6	75,6
	C	28,4	64,4	67,7	93,1	76,6	59,3	51,6	44,4	58,6	83,4	61,5	92,2	44,1	42,0	80,5
1975	A	25,1	65,0	48,8	86,9	63,3	71,5	56,9	39,3	83,6	66,1	64,4	95,3	47,7	32,9	69,8
	B	26,9	68,4	45,7	85,8	62,7	72,9	56,9	41,2	85,8	66,0	64,8	97,4	52,3	33,5	75,5
	C	29,6	66,7	68,5	92,0	77,9	65,3	57,0	46,1	67,3	82,4	59,5	93,1	45,1	45,3	85,2
1976	A	24,8	67,0	46,0	89,7	59,4	72,9	54,3	38,1	82,2	72,3	63,5	95,2	46,8	33,2	68,1
	B	26,9	71,3	49,9	89,1	58,2	74,4	54,5	39,7	84,3	72,1	64,2	97,0	51,8	33,7	74,3
	C	29,6	66,2	68,3	93,8	80,5	68,8	57,4	44,9	59,8	83,1	62,1	89,1	51,9	40,9	83,6

A Représente le marché réuni des pharmacies et des hôpitaux B Représente le marché des pharmacies de détail C Représente le marché des hôpitaux

Les 14 sous-marchés ont représenté 51,4 pour cent du marché total des produits d'ordonnance en 1975 et 50,6 pour cent en 1976

Source : IMS Canada

Tableau A4.7

Indices de concentration pour huit entreprises, par catégorie thérapeutique, 1964-1976

		Marché d'ordonnance	1 Analgésiques d'ordonnance 5,4%	2 Antibiotiques: spectre large et moyen 4,9%	3 Antibiotiques: oraux et autres pénicillines 3,0%	4 Ataraxiques 5,4%	5 Bronchodilatateurs 2,3%	6 Prép. contre la toux et le rhume 5,1%	7 Hématiniques 0,9%	8 Hormones sexuelles 6,8%	9 Hormones: corticostéroïdes simples 2,9%	10 Hormones: corticostéroïdes conjb. 1,7%	11 Autres hypotenseurs 1,6%	12 Laxatifs d'ordonnance 2,8%	13 Vitamines 6,0%	14 Éléments nutritifs 3,4%
1964	A	33,4	80,1	79,4	96,7		71,9	67,2	53,1	90,7	83,2	80,9	91,8		63,2	85,6
	B	34,7	82,4	84,9	96,6		74,6	67,5	55,8	93,2	80,5	81,2	92,0		64,7	88,3
	C	40,0	80,9	81,1	97,5		72,1	65,9	58,2	88,2	90,4	82,2	89,5		58,8	83,9
1965	A	34,0	80,6	78,6	97,0		71,2	67,7	51,6	89,0	84,0	78,3	94,0		61,8	87,5
	B	35,9	82,6	83,0	96,6		73,1	67,4	54,6	91,5	80,5	81,2	94,4		63,2	89,6
	C	41,1	83,4	84,4	98,1		76,7	69,7	58,0	86,8	91,5	83,8	97,1		58,1	84,4
1966	A	35,4	81,0	76,8	97,6		72,6	67,6	54,3	90,4	84,8	78,6	95,3		62,4	87,2
	B	37,7	82,7	81,3	97,6		75,1	68,0	57,2	92,9	81,4	78,4	95,4		63,8	88,8
	C	40,9	82,8	82,3	98,8		74,7	68,8	57,0	87,5	92,0	80,3	94,1		58,0	84,6
1967	A	37,6	81,2	74,3	98,1		75,8	69,3	52,7	90,5	84,5	77,0	96,4	65,3	63,9	89,1
	B	40,1	83,3	81,0	98,0		77,9	69,8	55,7	93,2	80,6	76,7	96,6	64,2	65,6	89,7
	C	42,8	80,3	81,4	98,8		81,1	70,2	60,4	87,9	91,4	80,4	96,2	75,8	60,7	83,1
1968	A	40,3	80,5	74,3	98,4	91,4	79,8	70,1	56,7	89,3	86,7	75,3	96,7	65,9	61,4	89,6
	B	41,8	82,7	82,8	98,4	94,4	81,8	70,4	58,6	91,7	83,1	75,3	97,8	65,3	63,2	90,4
	C	43,7	81,1	76,8	98,3	92,1	83,8	70,1	64,9	86,7	92,9	79,2	95,0	75,5	62,4	86,8
1969	A	39,7	81,8	73,8	97,9	90,8	81,2	70,9	53,5	89,3	89,8	74,6	97,5	64,8	60,0	90,9
	B	41,3	83,7	82,9	97,5	93,5	83,0	71,3	54,8	91,6	87,1	74,4	97,4	63,4	60,9	91,6
	C	43,7	84,3	78,5	98,8	92,0	85,0	70,9	61,9	84,2	95,0	79,7	97,6	74,5	61,2	86,2
1970	A	40,5	80,1	71,6	96,6	92,0	81,6	71,4	55,6	89,0	90,0	74,9	98,0	65,8	58,8	90,8
	B	42,6	82,2	82,1	96,1	94,3	83,8	71,5	57,8	91,8	87,7	74,6	98,2	65,0	60,0	91,2
	C	43,4	82,4	84,4	98,7	92,5	83,8	74,5	61,7	84,8	95,1	79,3	96,2	76,1	62,9	86,2
1971	A	40,1	80,6	75,1	95,3	93,2	83,2	72,7	56,0	92,4	90,4	75,9	98,3	65,1	58,9	90,6
	B	42,4	82,2	83,3	94,9	94,2	85,6	73,2	58,0	94,0	88,8	75,7	98,3	66,2	59,9	91,0
	C	43,1	83,1	86,6	97,2	91,2	80,1	72,5	63,1	84,1	94,7	84,2	98,9	67,3	61,3	88,0
1972	A	41,3	81,7	79,5	95,5	92,9	86,2	76,9	54,5	93,1	91,3	79,3	97,6	66,7	60,2	90,4
1	B	43,5	83,5	86,1	95,7	94,1	87,9	77,4	56,5	94,5	90,0	79,3	97,7	68,6	61,5	90,3
	C	43,6	84,5	90,7	96,9	93,9	82,3	68,9	64,7	88,3	94,7	83,7	95,7	65,2	63,3	89,5
1973	A	39,5	82,3	78,6	95,4	88,8	86,0	77,7	54,7	93,8	90,4	80,5	99,2	69,2	56,9	89,4
	B	41,3	84,1	80,9	95,1	90,4	87,0	78,2	57,2	95,3	88,7	80,5	99,1	71,8	57,5	89,7
	C	44,1	83,3	90,9	96,5	90,4	80,4	64,1	65,6	88,8	95,4	83,2	99,8	66,8	64,6	88,9
1974	A	39,0	81,8	73,7	94,8	86,1	86,7	79,1	54,3	94,4	88,8	81,8	99,7	71,1	48,9	86,5
	B	41,3	83,8	77,0	94,8	86,6	87,6	79,5	57,1	95,7	86,8	81,9	99,7	74,1	49,3	88,8
	C	43,2	84,5	88,2	97,4	92,3	82,5	72,5	68,9	89,9	95,2	81,4	100,0	68,3	61,4	90,6
1975	A	38,9	80,2	72,6	94,9	83,1	89,0	82,0	58,6	93,4	88,6	83,0	99,8	70,7	49,5	88,2
	B	40,7	81,6	77,0	95,1	82,0	90,1	82,4	60,8	94,7	87,1	83,4	99,9	74,0	50,4	89,0
	C	43,7	83,1	85,6	96,1	93,1	85,2	75,5	65,4	90,6	94,9	82,2	99,8	66,6	64,6	92,9
1976	A	38,2	81,6	71,0	96,1	81,5	87,6	80,8	57,3	93,0	91,1	83,8	99,5	70,9	50,4	87,1
	B	39,8	83,5	82,3	96,2	79,9	88,9	81,2	59,7	94,4	90,0	84,2	99,4	73,4	51,0	87,1
	C	44,1	83,8	86,0	97,7	94,2	84,1	77,4	64,1	88,8	96,1	83,9	99,6	70,8	57,9	93,0

A Représente le marché réuni des pharmacies et des hôpitaux. B Représente le marché des pharmacies de détail. C Représente le marché des hôpitaux.

Les 14 sous-marchés ont représenté 51,4 pour cent du marché total des produits d'ordonnance en 1975 et 50,6 pour cent en 1976.

Source : IMS Canada

Tableau A4.8

Indices de Herfindahl par catégorie thérapeutique, 1964-1976

		Marché d'ordonnance	1 Analgésiques d'ordonnance 5,4%	2 Antibiotiques spectre large et moyen 4,9%	3 Antibiotiques spectre étroit et autres pénicillines 3,8%	4 Ataraxiques 5,4%	5 Bronchodilatateurs 2,3%	6 Prép. contre la toux et le rhume 5,1%	7 Hématiques 8,9%	8 Hormones sexuelles 6,8%	9 Hormones: corticostéroïdes des simples 2,9%	10 Hormones: corticostéroïdes des comb. 1,7%	11 Autres hypotenseurs 1,6%	12 Laxatifs d'ordonnance 2,9%	13 Vitamines 6,8%	14 Éléments nutritifs 3,4%
1964	A	.0259	.2660	.1021	.2252		.0939	.0691	.0479	.2455	.1145	.1201	.3539		.0707	.1974
	B	.0264	.3256	.1191	.2036		.1000	.0705	.0517	.2780	.0935	.1194	.3519		.0729	.2090
	C	.0327	.1469	.1077	.3630		.0987	.0883	.0576	.1054	.2942	.1356	.3724		.0730	.1584
1965	A	.0268	.2340	.1013	.2546		.0947	.0738	.0458	.2348	.1208	.1083	.3595		.0666	.2032
	B	.0270	.2890	.1172	.2067		.0998	.0745	.0491	.2597	.0969	.1200	.3602		.0690	.2136
	C	.0352	.1434	.1064	.4499		.1146	.0989	.0615	.0997	.2900	.1497	.3689		.0654	.1652
1966	A	.0273	.2341	.0906	.2690		.1045	.0731	.0473	.2123	.1220	.1049	.3771		.0665	.2018
	B	.0282	.2835	.1038	.2225		.1131	.0745	.0511	.2292	.930	.1190	.3724		.0688	.2121
	C	.0348	.1397	.0964	.4734		.1110	.0982	.0598	.1032	.3112	.1269	.4279		.0648	.1750
1967	A	.0299	.2201	.0870	.3028		.1166	.0732	.0460	.2198	.1146	.1163	.4055	.0669	.0639	.2027
	B	.0310	.2635	.0977	.2542		.1239	.0758	.0497	.2374	.0895	.1138	.4075	.0673	.0665	.2079
	C	.0376	.1246	.0969	.4726		.1396	.0935	.0671	.1029	.2639	.1406	.3955	.1214	.0648	.1650
1968	A	.0316	.2215	.0875	.3179	.2361	.1374	.0764	.0523	.1832	.1190	.1112	.3856	.0663	.0623	.2183
	B	.0323	.2660	.1031	.2628	.3320	.1471	.0774	.0546	.1946	.0940	.1103	.3876	.0662	.0646	.2259
	C	.0384	.1354	.0872	.5043	.1692	.1439	.0943	.0661	.1021	.2908	.1252	.3900	.1155	.0691	.1532
1969	A	.0316	.2248	.0843	.3305	.2795	.1409	.0771	.0507	.1741	.1248	.1116	.4201	.0636	.0626	.2224
	B	.0325	.2594	.1065	.2849	.3570	.1488	.0774	.0523	.1843	.1061	.1098	.4331	.0645	.0641	.2312
	C	.0383	.1434	.0901	.5083	.1910	.1411	.1072	.0624	.0974	.3080	.1439	.4729	.1042	.0713	.1567
1970	A	.0333	.2017	.0794	.3220	.2720	.1314	.0765	.0557	.1754	.1269	.1073	.4707	.1043	.0614	.2263
	B	.0347	.2325	.1006	.2887	.3684	.1368	.0764	.0557	.1877	.1078	.1065	.4941	.0664	.0625	.2354
	C	.0389	.1350	.1105	.4729	.1734	.1396	.1261	.0661	.1082	.3096	.1279	.5198	.0978	.0817	.1567
1971	A	.0332	.1989	.0901	.3153	.2427	.1293	.0799	.0532	.2072	.1435	.1043	.5212	.0638	.0614	.2078
	B	.0346	.2361	.1087	.2717	.3121	.1382	.1213	.0560	.2190	.1288	.1034	.5096	.0735	.0630	.2158
	C	.0389	.1408	.1117	.5175	.1645	.1108	.0891	.0534	.1029	.3057	.1346	.6010	.0818	.0739	.1512
1972	A	.0339	.2053	.1192	.3327	.2367	.1347	.0899	.0577	.2202	.1381	.1198	.6025	.0699	.0607	.1850
	B	.0356	.2305	.1613	.2923	.2880	.1466	.0912	.0782	.2327	.1465	.1224	.5788	.0816	.0624	.1896
	C	.0392	.1429	.1638	.5336	.1943	.1159	.0931	.0508	.1144	.3225	.1210	.5631	.0764	.0701	.1678
1973	A	.0321	.2107	.1078	.3109	.2382	.1332	.0935	.0537	.2331	.1354	.1169	.5733	.0793	.0551	.1833
	B	.0339	.2371	.1042	.2772	.1528	.1452	.0876	.0768	.2464	.1441	.1177	.4769	.0963	.0566	.1871
	C	.0375	.1335	.1698	.4874	.1869	.1085	.0920	.0527	.1255	.2994	.1197	.5474	.0719	.0758	.1759
1974	A	.0310	.2021	.0996	.3117	.2175	.1408	.0925	.0571	.2468	.1319	.1214	.5653	.0678	.0417	.1695
	B	.0332	.2288	.0965	.4430	.1705	.1099	.1057	.0772	.1143	.3162	.1225	.4131	.1063	.0424	.1858
	C	.0365	.1376	.1496	.3548	.1629	.1489	.1016	.0578	.2510	.1256	.1175	.4905	.0750	.0676	.2261
1975	A	.0317	.1817	.0952	.3297	.1742	.1560	.1021	.0613	.2630	.1305	.1267	.5122	.0895	.0424	.1524
	B	.0331	.1981	.0883	.5104	.1781	.1320	.1241	.0841	.1349	.2569	.1295	.3359	.1058	.0438	.1720
	C	.0372	.1470	.1627	.4311	.1444	.1650	.0981	.0549	.2523	.1542	.1109	.4225	.0757	.0764	.3068
1976	A	.0306	.1778	.0969	.4045	.1487	.1663	.0986	.0583	.2658	.1702	.1257	.4380	.0910	.0422	.1434
	B	.0332	.1984	.0969	.6188	.1875	.1976	.1117	.0745	.1159	.2912	.1279	.3001	.1077	.0430	.1660
	C	.0370	.1421	.1551								.1175		.0931	.0596	.3641

A Représente le marché réuni des pharmacies et des hôpitaux. B Représente le marché des pharmacies de détail. C Représente le marché des hôpitaux.

Les 14 sous-marchés ont représenté 51,4 pour cent du marché total des produits d'ordonnance en 1975 et 50,6 pour cent en 1976.

Source : IMS Canada

Tableau A4.9

Achats des pharmacies et des hôpitaux chez les dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance, 1979-1984 (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total
Marché des médicaments d'ordonnance	1 851 438	100,0	833 857	937 959	1 105 057	1 310 266	1 592 599
Analgésiques d'ordonnance	100 770	5,4	44 688	48 216	58 457	68 777	85 400
Frosst	28 414	28,2	17 876	18 721	20 376	19 973	25 148
J & J	14 195	14,1	3 678	4 212	6 577	7 731	10 984
McNeil	9 786	9,7	4 228	4 623	7 572	10 356	9 512
Sandoz Pharma	7 299	7,2	3 959	3 986	4 966	5 586	6 264
Syntex	4 073	4,0	0	117	714	1 785	2 753
Mead Johnson	4 025	4,0	789	996	1 114	1 562	2 961
Winthrop	3 825	3,8	2 514	2 842	2 836	3 510	3 802
Du Pont	3 489	3,5	1 315	1 404	1 476	2 218	2 843
Marque privée	3 032	3,0	130	133	265	1 613	2 467
Janssen	2 818	2,8	582	746	949	1 345	2 086
Antibiotiques : spectre large et moyen	120 100	6,5	58 060	64 344	74 826	85 369	105 218
Lilly	24 235	20,2	8 658	10 880	14 072	18 211	22 337
Ayerst	13 351	11,1	10 049	9 583	9 768	8 710	12 610
Frosst	11 773	9,8	268	2 263	5 614	8 105	9 382
Novopharm	9 910	8,3	3 695	4 481	6 193	7 802	8 465
Abbott	8 455	7,0	4 318	5 613	5 242	6 213	8 673
Lederle	7 501	6,2	2 339	2 725	3 067	4 170	5 701
Upjohn	6 093	5,1	3 923	4 663	6 132	5 496	6 022

Pfizer	5 913	4,9	1 905	2 703	3 105	4 282	4 854
SKF	4 694	3,9	657	904	1 329	2 110	3 306
Bristol	4 287	3,6	2 881	2 656	2 776	3 607	4 301
Antibiotiques : oraux/autres pénicillines	9 028	0,5	6 478	6 758	7 258	6 872	8 420
Ayerst	2 440	27,0	1 560	1 419	1 655	1 555	2 381
Novopharm	2 248	24,9	965	1 072	1 484	1 839	1 948
Frosst	1 799	19,9	1 585	1 663	1 735	1 673	1 868
Wyeth	1 203	13,3	729	849	971	739	972
Lilly	412	4,6	304	291	291	289	318
Nadeau	382	4,2	228	126	366	198	388
Bristol	371	4,1	471	451	385	336	336
Organon	58	0,6	47	86	40	31	60
Lederle	31	0,3	148	120	60	34	26
Horner	28	0,3	141	84	57	52	46
Ataraxiques	57 091	3,1	31 702	34 017	36 062	42 705	50 333
Wyeth	14 942	26,2	5 568	6 205	7 372	9 047	12 015
McNeil	7 040	12,3	3 456	3 894	4 344	5 172	6 613
Roche	6 171	10,8	6 438	6 036	5 448	4 940	5 419
Rhône-Poulenc	5 620	9,8	3 059	3 072	3 500	5 041	5 614
Abbott	4 612	8,1	3 095	3 488	3 826	4 330	4 609
Pfizer	3 151	5,5	1 604	2 046	2 311	2 837	3 140
Upjohn	3 012	5,3	0	0	0	366	1 256
Squibb	2 569	4,5	1 825	2 362	1 878	2 654	2 677
Sandoz	1 535	2,7	1 309	1 429	1 573	1 450	1 560
Apotex	1 418	2,5	125	379	595	893	1 201
Bronchodilatateurs	60 728	3,3	20 616	24 427	29 929	38 158	49 685
Allen & Hanburys	30 934	50,9	9 825	11 948	14 883	18 822	24 604
Astra	11 996	19,8	698	1 314	3 227	6 251	9 202
Boehringer	5 323	8,8	1 698	1 837	2 180	2 737	4 187
Parke-Davis	3 910	6,4	4 121	4 456	4 359	4 264	4 251
Fisons	1 735	2,9	151	263	254	582	1 167
Purdue Frederick	1 422	2,3	0	85	373	892	1 237

Tableau A4.9 (suite)

Achats des pharmacies et des hôpitaux chez les dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance, 1979-1984 (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total
Winthrop	1 013	1,7	905	989	1 009	939	946
Bristol	835	1,4	322	353	344	360	607
Riker	663	1,1	399	380	534	635	875
Rougier	598	1,0	376	484	528	580	538
Prod. d'ord. contre la toux et le rhume	67 208	3,6	36 782	40 327	45 007	48 802	61 440
Robins	10 459	15,6	5 907	6 816	7 407	7 309	10 038
Parke-Davis	10 161	15,1	5 574	6 167	7 461	7 240	9 577
Ancalab	6 996	10,4	4 033	4 775	5 073	5 530	6 094
Dow Pharmaceutical	6 864	10,2	3 958	4 101	4 164	4 410	5 985
B.W.	5 566	8,3	3 484	3 933	4 357	4 640	5 127
Schering	4 717	7,0	2 573	3 001	3 268	4 080	4 393
SKF	4 416	6,6	2 386	2 093	2 091	2 722	3 930
Ciba-Geigy	3 476	5,2	1 517	1 915	2 373	2 768	3 283
Allen & Hanburys	3 183	4,7	1 675	1 489	1 776	2 032	2 833
Syntex	1 851	2,8	552	628	855	1 259	1 542
Hématiniques	8,718	0,5	6 224	5 808	6 187	6 627	7 717
Beecham Lab	1 479	17,0	812	912	1 052	962	1 228
Ciba-Geigy	1 039	11,9	430	477	560	662	908
Bio-Chemical	651	7,5	199	276	334	401	474
Mead Johnson	646	7,4	273	308	326	359	451
Herdt & Charton	628	7,2	45	196	161	303	555

Ciba	563	6,5	237	247	307	327	407
Abbott	382	4,4	485	466	363	338	413
Winthrop	363	4,2	378	274	292	308	285
Fabr. non précisé	301	3,5	311	291	334	335	330
Squibb	274	3,1	284	307	306	275	295
Hormones sexuelles	98 402	5,3	39 630	45 805	60 569	69 406	85 655
Wyeth	37 048	37,7	12 101	14 479	21 380	23 615	29 251
Ortho	29 740	30,2	10 935	13 386	17 969	21 379	27 003
Syntex	7 251	7,4	3 709	4 400	5 391	6 738	7 474
Ayerst	6 431	6,5	4 227	3 990	4 541	4 211	5 836
Parke-Davis	3 639	3,7	1 707	2 112	2 884	3 154	3 519
Searle	3 182	3,2	1 404	1 632	2 005	2 304	3 124
Winthrop	3 109	3,2	664	919	1 273	2 064	2 473
Upjohn	2 962	3,0	1 303	1 368	1 628	1 952	2 420
Frosst	762	0,8	643	696	751	778	862
Ciba	594	0,6	293	349	372	471	555
Hormones : corticosteroïdes seuls	40 468	2,2	21 898	23 720	26 094	30 880	36 771
Glaxo	7 858	19,4	3 902	4 221	4 736	5 909	7 561
Schering	6 266	15,5	3 227	3 435	3 902	4 649	5 434
Upjohn	5 996	14,8	3 635	3 984	4 743	5 382	5 765
Syntex	4 909	12,1	3 240	3 476	3 555	4 250	4 831
Squibb	2 344	5,8	1 779	1 740	1 672	2 033	2 208
Lederle	1 727	4,3	883	1 003	1 080	1 125	1 710
Allergan	1 631	4,0	375	405	526	741	1 260
Miles	1 334	3,3	281	358	478	709	1 003
MS&D	1 185	2,9	1 019	1 057	1 094	1 022	1 177
I.C.N.	924	2,3	343	581	467	730	859
Hormones : corticosteroïdes comb.	17 149	0,9	10 323	11 304	11 611	13 139	16 237
Squibb	3 505	20,4	2 847	3 331	2 799	2 826	3 208
Calmic	2 306	13,4	963	1 033	1 228	1 578	2 041
Ciba	2 043	11,9	1 210	1 242	1 363	1 413	1 913

Tableau A4.9 (suite)

Achats des pharmacies et des hôpitaux chez les dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance, 1979-1984 (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total	$ Total
Schering	1 719	10,0	809	858	916	1 239	1 508
Roussel	1 448	8,4	774	943	1 017	1 093	1 336
Upjohn	1 446	8,4	1 316	1 196	1 270	1 307	1 366
Parke-Davis	732	4,3	429	481	568	597	731
Syntex	584	3,4	166	379	476	576	586
Trans Canada	561	3,3	2	0	0	166	469
Allergan	538	3,1	336	327	373	365	530
Autres hypotenseurs	27 588	1,5	12 785	13 821	17 607	20 479	23 817
Ciba	9 290	33,7	2 638	3 112	4 200	5 479	7 337
Pfizer	5 302	19,2	1 405	1 918	2 457	3 439	4 316
MS&D	5 281	19,1	5 174	4 829	6 054	4 988	5 072
Boehringer	2 498	9,1	1 504	1 447	1 580	2 047	2 387
Novopharm	1 949	7,1	619	730	1 078	1 682	1 799
Apotex	1 448	5,2	48	143	325	594	1 465
Roche	657	2,4	571	659	736	759	512
Upjohn	424	1,5	0	36	144	165	224
I.C.N.	270	1,0	387	432	310	308	158
Drug Trading	209	0,8	0	70	359	463	310
Laxatifs d'ordonnance	35 593	1,9	18 799	20 094	22 279	25 733	30 960
Searle	9 691	27,2	5 801	6 361	5 894	7 620	8 694

Hoechst	3 062	8,6	1 068	1 313	1 585	1 969	2 591
Purdue Frederick	2 860	8,0	1 285	1 464	1 756	1 985	2 523
Parke-Davis	2 673	7,5	1 971	2 149	2 308	2 321	2 656
Frosst	2 655	7,5	1 038	1 195	1 682	1 953	2 175
Boehringer	2 159	6,1	1 426	1 458	1 656	1 755	2 184
Bristol	1 737	4,9	1 136	983	1 040	1 197	528
Merrell	1 170	3,3	195	209	393	430	644
Fabr. non précisé	1 048	2,9	929	915	1 079	902	994
Rorer	983	2,8	0	0	0	255	506
Vitamines	60 535	3,3	38 647	39 245	44 450	48 276	61 930
Life	6 126	10,1	3 204	4 033	5 817	3 751	4 937
Mead Johnson	5 906	9,8	2 691	3 154	3 524	3 857	4 866
Ayerst	5 494	9,1	3 564	4 189	4 641	4 094	5 627
Lederle	4 949	8,2	961	1 450	2 157	2 395	3 927
Wampole	4 572	7,6	4 499	4 183	4 092	4 557	5 376
Marque privée	4 479	7,4	879	684	925	3 484	6 425
Fabr. non précisé	3 333	5,5	4 251	3 765	4 115	4 322	5 413
Robins	2 548	4,2	1 413	1 671	2 095	2 315	2 845
Abbott	1 768	2,9	1 638	1 634	1 787	1 840	1 760
Dow Pharmaceutical	1 738	2,9	980	1 063	1 248	1 116	1 476
Éléments nutritifs	50 836	2,7	25 836	28 032	31 952	37 393	44 840
Ross	19 628	38,6	7 931	10 124	13 085	16 561	19 063
Mead Johnson	16 258	32,0	4 648	6 097	7 694	8 774	10 537
Wyeth	6 864	13,5	6 140	4 831	3 900	4 656	6 192
Pharmacia	1 928	3,8	4 528	4 235	3 876	2 744	2 875
Fabr. non précisé	1 212	2,4	858	1 008	1 130	1 332	1 402
Loma Linda	987	1,9	589	535	627	1 015	1 037
Marque privée	756	1,5	13	16	25	187	631
Cutter	527	1,0	0	0	0	381	331
Jamieson	471	0,9	0	0	6	87	319
Lalco	422	0,8	14	40	76	61	321

Source : IMS Canada

Tableau A4.10

Achats des pharmacies et des hôpitaux chez les quatre premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance, 1979 et 1984 (en milliers de $)

	1979	1984	1979	1984	1979		1984	
	Pharm. %	Pharm. %	Hôp. %	Hôp. %	$ Total	%	$ Total	%
Marché des médicaments d'ordonnance	100,0	100,0	100,0	100,0	833 857	100,00	1 851 438	100,0
Analgésiques d'ordonnance	5,9	6,0	3,1	2,9	44 688	5,4	100 770	5,4
Frosst	42,9	30,4	16,3	7,5	17 876	40,0	28 414	28,2
J & J	9,0	15,4	2,1	2,0	3 678	8,2	14 195	14,1
McNeil	10,3	10,2	2,7	4,8	4 228	9,5	9 786	9,7
Sandoz	9,8	7,9	1,1	1,0	3 959	8,9	7 299	7,2
Total des quatre compagnies	72,0	63,9	22,2	15,3		66,6		59,2
Antibiotiques : Spectre lar. et moy.	5,4	4,7	13,6	14,7	58 060	7,0	120 100	6,5
Lilly	9,2	15,1	24,6	27,5	8 658	14,9	24 235	20,2
Ayerst	22,8	15,4	8,1	4,9	10 049	17,3	13 351	11,1
Frosst	0,2	0,0	1,0	23,9	268	0,5	11 773	9,8
Novopharm	9,5	12,6	1,1	2,0	3 695	6,4	9 910	8,3
	41,7	43,0	34,8	58,3		39,1		49,4
Antibiotiques : oraux/autres pénicillines	0,8	0,6	0,6	0,2	6 478	0,8	9 028	0,5
Ayerst	23,0	27,0	31,3	27,0	1 560	24,1	2 440	27,0
Novopharm	16,7	25,1	3,5	22,8	965	14,9	2 248	24,9
Frosst	27,5	21,0	4,9	5,2	1 585	24,5	1 799	19,9
Wyeth	12,5	13,7	3,6	8,0	729	11,3	1 203	13,3
	79,7	86,8	43,3	63,0		74,8		85,1

Ataraxiques	3,7	3,0	4,1	3,5	31 702	3,8	57 091	3,1
Wyeth	21,1	31,9	3,9	3,8	5 568	17,6	14 942	26,2
McNeil	7,7	8,9	23,3	25,6	3 456	10,9	7 040	12,3
Roche	22,3	12,0	12,7	6,1	6 438	20,3	6 171	10,8
Rhône-Poulenc	6,0	6,1	23,8	24,2	3 059	9,6	5 620	9,8
	57,1	58,9	63,7	59,7		58,4		59,1
Bronchodilatateurs	2,6	3,6	1,9	2,0	20 616	2,5	60 728	3,3
Allen & Hanburys	46,3	49,8	55,6	60,1	9 825	47,7	30 934	50,9
Astra	3,5	21,1	2,5	9,0	698	3,4	11 996	19,8
Boehringer	8,7	8,5	5,8	11,2	1 698	8,2	5 323	8,8
Parke-Davis	21,7	6,9	10,2	2,4	4 121	20,0	3 910	6,4
	80,2	86,3	74,1	82,7		79,3		85,9
Prod. d'ord. contre la toux et le rhume	5,3	4,4	0,5	0,2	36 782	4,4	67 203	3,6
Robins	15,8	15,5	26,2	20,6	5 907	16,1	10 459	15,6
Parke-Davis	15,4	15,2	3,6	9,6	5 574	15,2	10 161	15,1
Ancalab	11,1	10,5	2,4	2,2	4 033	11,0	6 996	10,4
Dow Pharmaceutical	10,7	10,3	15,2	4,4	3 958	10,8	6 864	10,2
	53,0	51,5	47,4	36,8		53,1		51,3
Hématiniques	0,8	0,5	0,3	0,2	6 224	0,7	8 718	0,5
Beecham	13,4	17,5	9,1	10,0	812	13,0	1 479	17,0
Ciba-Geigy	7,2	12,4	3,8	6,0	430	6,9	1 039	11,9
Bio-Chemical	3,5	8,1	0,0	0,0	199	3,2	651	7,5
Mead Johnson	3,9	5,9	9,7	25,7	273	4,4	646	7,4
	28,0	43,9	22,6	41,7		27,5		43,8
Hormones sexuelles	5,7	6,3	0,8	0,6	39 630	4,8	98 402	5,3
Wyeth	31,4	38,2	5,4	12,1	12 101	30,5	37 048	37,7
Ortho	28,4	30,8	4,1	4,8	10 935	27,6	29 740	30,2
Syntex	9,6	7,5	3,0	2,5	3 709	9,4	7 251	7,4
Ayerst	10,7	6,5	10,3	10,0	4 227	10,7	6 431	6,5
	80,1	83,0	22,8	29,4		78,2		81,8

Tableau A4.10 (suite)

Achats des pharmacies et des hôpitaux chez les quatre premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance, 1979 et 1984 (en milliers de $)

	1979	1984	1979	1984	1979		1984	
	Pharm. %	Pharm. %	Hôp. %	Hôp. %	$ Total	%	$ Total	%
Hormones : corticosteroïdes seuls	2,6	2,2	2,7	2,2	21 898	2,6	40 468	2,2
Glaxo	20,9	22,9	5,3	4,2	3 902	17,8	7 858	19,4
Schering	16,8	17,3	6,5	7,6	3 227	14,7	6 266	15,5
Upjohn	6,6	5,4	57,3	56,5	3 635	16,6	5 996	14,8
Syntex	17,7	14,1	3,0	3,2	3 240	14,8	4 909	12,1
	62,0	59,7	72,1	71,5		63,9		61,8
Hormones : corticosteroïdes comb.	1,4	1,0	0,4	0,4	10 323	1,2	17 149	0,9
Squibb	28,2	21,3	18,5	9,8	2 847	27,6	3 505	20,4
Calmic	8,9	12,7	14,9	23,1	963	9,3	2 306	13,4
Ciba	12,0	12,2	7,5	7,9	1 210	11,7	2 043	11,9
Schering	7,7	10,3	9,3	6,6	809	7,8	1 719	10,0
	56,8	56,5	50,2	47,4		56,4		55,7
Autres hypotenseurs	1,7	1,6	0,9	0,8	12 785	1,5	27 588	1,5
Ciba	21,6	34,1	13,1	29,8	2 638	20,6	9 290	33,7
Pfizer	11,5	20,3	6,6	8,9	1 405	11,0	5 302	19,2
MS&D	42,0	18,7	28,3	23,5	5 174	40,5	5 281	19,1
Boehringer	13,0	9,7	1,9	3,1	1 504	11,8	2 498	9,1
	88,1	82,8	49,9	65,3		83,9		81,1

Laxatifs d'ordonnance	2,4	2,0	1,8	1,5	18 799	2,3	35 593	1,9
Searle	34,6	30,6	10,1	7,5	5 801	30,9	9 691	27,2
Hoechst	5,5	8,4	6,5	9,5	1 068	5,7	3 062	8,6
Purdue Frederick	7,1	8,6	5,2	4,7	1 285	6,8	2 860	8,0
Parke-Davis	11,1	8,1	6,9	3,9	1 971	10,5	2 673	7,5
	58,3	55,7	28,7	25,6		53,9		51,3
Vitamines	5,5	3,8	1,0	0,7	38 647	4,6	60 535	3,3
Life	8,6	10,6	0,0	0,0	3 204	8,3	6 126	10,1
Mead Johnson	7,1	9,9	3,9	5,5	2 691	7,0	5 906	9,8
Ayerst	9,3	9,3	6,4	4,4	3 564	9,2	5 494	9,1
Lederle	2,4	8,4	3,6	2,4	961	2,5	4 949	8,2
	27,4	38,2	13,9	12,3		27,0		37,2
Éléments nutritifs	3,1	3,1	3,2	1,0	25 836	3,1	50 836	2,7
Ross	36,9	40,9	5,6	6,9	7 931	30,7	19 623	38,6
Mead Johnson	21,9	33,8	2,0	6,5	4 648	18,0	16 258	32,0
Wyeth	29,3	14,5	1,4	0,2	6 140	23,8	6 864	13,5
Pharmacia	0,0	0,0	88,6	55,7	4 528	17,5	1 928	3,8
	88,1	89,2	97,6	69,3		90,0		87,9

Source : IMS Canada

Tableau A4.11

Classement des dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance entre 1979 et 1983, par rapport à leur classement en 1984 : achats des pharmacies et des hôpitaux (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	Rang	Rang	Rang	Rang	Rang
Marché des médicaments d'ordonnance	1 851 438	100,0					
Analgésiques d'ordonnance	100 770	5,4					
Frosst	28 414	28,2	1	1	1	1	1
J & J	14 195	14,1	4	3	3	3	2
McNeil	9 786	9,7	2	2	2	2	3
Sandoz	7 299	7,2	3	4	4	4	4
Syntex	4 073	4,0	70	26	14	7	8
Mead Johnson	4 025	4,0	10	10	9	10	6
Winthrop	3 825	3,8	5	5	5	5	5
Du Pont	3 489	3,5	8	7	8	6	7
Marque privée	3 032	3,0	23	24	23	8	9
Janssen	2 818	2,8	12	12	11	12	11
Antibiotiques : spectre lar. et moy.	120 100	6,5					
Lilly	24235	20,2	2	1	1	1	1
Ayerst	13351	11,1	1	2	2	2	2
Frosst	11773	9,8	20	13	5	3	3
Novopharm	9910	8,3	6	5	3	4	5
Abbott	8 455	7,0	4	3	6	5	4
Lederle	7 501	6,2	11	9	9	8	7
Upjohn	6 093	5,1	5	4	4	6	6
Pfizer	5 913	4,9	12	10	8	7	8

SKF	4 694	3,9	15	16	14	13	11
Bristol	4 287	3,6	9	11	10	10	9
Antibiotiques : oraux/autres							
pénicillines	9 028	0,5					
Ayerst	2 440	27,0	2	2	2	3	1
Novopharm	2 248	24,9	3	3	3	1	2
Frosst	1 799	19,9	1	1	1	2	3
Wyeth	1 203	13,3	4	4	4	4	4
Lilly	412	4,6	6	7	7	6	7
Nadeau	382	4,2	7	8	6	7	5
Bristol	371	4,1	5	5	5	5	6
Organon	58	0,6	12	10	12	11	8
Lederle	31	0,3	9	9	9	10	11
Horner	28	0,3	10	11	10	9	9
Ataraxiques	57 091	3,1					
Wyeth	14 942	26,2	2	1	1	1	1
McNeil	7 040	12,3	3	3	3	2	2
Roche	6 171	10,8	1	2	2	4	4
Rhône-Poulenc	5 620	9,8	6	5	5	3	3
Abbott	4 612	8,1	4	4	4	5	5
Pfizer	3 151	5,5	7	7	6	6	6
Upjohn	3 012	5,3	50	49	37	18	9
Squibb	2 569	4,5	6	6	7	7	7
Sandoz	1 535	2,7	9	8	8	8	8
Bronchodilatateurs	60 728	3,3					
Allen & Hanburys	30 934	50,9	1	1	1	1	1
Astra	11 996	19,8	6	4	3	2	2
Boehringer	5 323	8,8	3	3	4	4	4
Parke-Davis	3 910	6,4	2	2	2	3	3
Fisons	1 735	2,9	13	12	12	8	6
Purdue Frederick	1 422	2,3	41	17	9	6	5
Winthrop	1 013	1,7	4	5	5	5	7

Tableau A4.11 (suite)

Classement des dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance entre 1979 et 1983, par rapport à leur classement en 1984 : achats des pharmacies et des hôpitaux (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	Rang	Rang	Rang	Rang	Rang
Bristol	835	1,4	9	9	10	12	9
Riker	663	1,1	7	8	7	7	8
Rougier	598	1,0	8	7	8	9	11
Prod. d'ord. contre la toux et le rhume	67 208	3,6					
Robins	10 459	15,6	1	1	2	1	1
Parke-Davis	10 161	15,1	2	2	1	2	2
Ancalab	6 996	10,4	3	3	3	3	3
Dow Pharmaceutical	6 864	10,2	4	4	5	5	4
B.W.	5 566	8,3	5	5	4	4	5
Schering	4 717	7,0	6	6	6	6	6
SKF	4 416	6,6	7	7	8	8	7
Ciba-Geigy	3 476	5,2	9	8	7	7	8
Allen & Hanburys	3 183	4,7	8	9	9	9	9
Syntex	1 851	2,8	12	13	11	10	10
Hématiniques	8 718	0,5					
Beecham	1 479	17,0	1	1	1	1	1
Ciba-Geigy	1 039	11,9	4	2	2	2	2
Bio-Chemical	651	7,5	12	7	5	3	4
Mead Johnson	646	7,4	8	4	6	4	5
Herdt & Charton	628	7,2	26	12	14	9	3

Ciba	563	6,5	9	9	7	7	7
Abbott	382	4,4	3	3	3	5	6
Winthrop	363	4,2	5	8	9	8	10
Fabr. non précisé	301	3,5	6	6	4	6	8
Squibb	274	3,1	7	5	8	11	9
Hormones sexuelles	98 402	5,3					
Wyeth	37 048	37,7	1	1	1	1	1
Ortho	29 740	30,2	2	2	2	2	2
Syntex	7 251	7,4	4	3	3	3	3
Ayerst	6 431	6,5	3	4	4	4	4
Parke-Davis	3 639	3,7	5	5	5	5	5
Searle	3 182	3,2	6	6	6	6	6
Winthrop	3 109	3,2	9	8	8	7	7
Upjohn	2 962	3,0	7	7	7	8	8
Frosst	762	0,8	10	9	9	9	9
Ciba	594	0,6	12	11	10	11	10
Hormones : corticosteroïdes seuls	40 468	2,2					
Glaxo	7 858	19,4	1	1	2	1	1
Schering	6 266	15,5	4	4	3	3	3
Upjohn	5 996	14,8	2	2	1	2	2
Syntex	4 909	12,1	3	3	4	4	4
Squibb	2 344	5,8	5	5	5	5	5
Lederle	1 727	4,3	7	7	7	6	6
Allergan	1 631	4,0	10	11	10	8	7
Miles	1 334	3,3	14	12	11	11	9
MS&D	1 185	2,9	6	6	6	7	8
I.C.N.	924	2,3	12	9	12	10	10
Hormones : corticosteroïdes comb.	17 149	0,9					
Squibb	3 505	20,4	1	1	1	1	1
Calmic	2 306	13,4	4	4	4	2	2
Ciba	2 043	11,9	3	2	2	3	3
Schering	1 719	10,0	5	6	6	5	4

Tableau A4.11 (suite)

Classement des dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance entre 1979 et 1983, par rapport à leur classement en 1984 : achats des pharmacies et des hôpitaux (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	Rang	Rang	Rang	Rang	Rang
Roussel	1 448	8,4	6	5	5	6	6
Upjohn	1 446	8,4	2	3	3	4	5
Parke-Davis	732	4,3	7	7	7	7	8
Syntex	584	3,4	12	8	8	8	9
Trans Canada	561	3,3	30	42	37	13	12
Allergan	538	3,1	8	9	9	10	10
Autres hypotenseurs	27588	1,5					
Ciba	9 290	33,7	2	2	2	1	1
Pfizer	5 302	19,2	4	3	3	3	3
MS&D	5 261	19,1	1	1	1	2	2
Boehringer	2 498	9,1	3	4	4	4	4
Novopharm	1 949	7,1	5	5	5	5	5
Apotex	1 448	5,2	10	9	8	7	6
Roche	657	2,4	6	6	6	6	7
Upjohn	424	1,5	21	13	11	12	9
I.C.N.	270	1,0	7	7	9	9	10
Drug Trading	209	0,8	18	11	7	8	8
Laxatifs d'ordonnance	35 593	1,9					
Searle	9 691	27,2	1	1	1	1	1
Hoechst	3 062	8,6	6	5	6	6	3
Purdue Frederick	2 860	8,0	4	3	3	3	4

Parke-Davis	2 673	7,5	2	2	2	2	2
Frosst	2 655	7,5	7	6	4	5	6
Boehringer	2 159	6,1	3	4	5	6	5
Bristol	1 737	4,9	5	7	8	7	7
Merrell	1 170	3,3	14	15	12	11	11
Fabr. non précisé	1 048	2,9	8	8	7	8	9
Rorer	983	2,8	68	62	73	16	13
Vitamines	60 535	3,3					
Life	6 126	10,1	4	3	1	5	5
Mead Johnson	5 906	9,8	5	5	5	4	6
Ayerst	5 949	9,1	3	1	2	3	2
Lederle	4 949	8,2	13	8	6	7	7
Wampole	4 572	7,6	1	2	4	1	4
Marque privée	4 479	7,4	15	15	13	6	1
Fabr. non précisé	3 333	5,5	2	4	3	2	3
Robins	2 548	4,2	8	6	7	8	6
Abbott	1768	2,9	6	7	8	9	9
Dow Pharmaceutical	1738	2,9	12	12	9	13	13
Élément nutritifs	50836	2,7					
Ross	19628	38,6	1	1	1	1	1
Mead Johnson	16258	32,0	3	2	2	2	2
Wyeth	6864	13,5	2	3	3	3	3
Pharmacia	1928	3,8	4	4	4	4	4
Fabr. non précisé	1212	2,4	5	5	5	5	5
Loma Linda	987	1,9	6	6	6	6	6
Marque privée	756	1,5	26	23	19	9	8
Cutter	527	1,0	47	52	46	8	9
Jamieson	471	0,9	49	41	26	15	11
Lalco	422	0,8	25	14	11	18	10

Tableau A4.11 (suite)

Classement des dix premiers fabricants de produits pharmaceutiques d'ordonnance entre 1979 et 1983, par rapport à leur classement en 1984 : achats des pharmacies et des hôpitaux (en milliers de dollars)

	1984		1979	1980	1981	1982	1983
	$ Total	%	Rang	Rang	Rang	Rang	Rang
Autres cat. thérapeutiques	1 097 223	59,3					
MS&D	58 842	5,4	3	3	3	2	1
Geigy	53 746	4,9	5	5	4	4	2
Travenol	41 078	3,7	4	4	2	3	5
Pfizer	36 327	3,3	34	31	10	5	4
Rhône-Poulenc	32 830	3,0	15	15	14	12	8
Ayerst	32 531	3,0	2	2	5	7	7
SRK	32 211	2,9	1	1	1	1	3
Upjohn	31 333	2,9	11	9	8	8	6
Squibb	30 643	2,8	24	17	21	14	12
Miles	28 763	2,6	37	43	43	21	11

Source : IMS Canada

Tableau A4.12

Marché des médicaments d'ordonnance : total des ventes, ventes aux pharmacies, ventes aux hôpitaux, parts des marchés et pourcentage des ventes directes et indirectes aux pharmacies et aux hôpitaux— liste dressée selon l'importance de la société (valeurs des ventes totales)

	Nom de la société	Ventes totales ($000s)	Part de tout le marché (%)	Ventes aux pharm. (milliers de $)	Part du marché des pharm. (%)	Ventes aux hôp. (milliers de $)	Part du marché des hôp. (%)	Ventes aux pharmacies		Ventes aux hôpitaux	
								% Directes	% Indirectes	% Directes	% Indirectes
1	American Home Products	94 704	7,07	86 492	7,92	8 212	3,33	82,27	17,73	82,90	17,10
2	Merck, Sharp & Dohme	92 172	6,88	79 323	7,26	12 848	5,21	48,78	51,22	58,82	41,18
3	SmithKline	63 766	4,76	56 934	5,21	6 832	2,77	39,77	60,23	74,78	25,22
4	Ciba-Geigy	62 121	4,64	59 218	5,42	2 903	1,18	67,66	32,34	61,16	38,84
5	Abbott	55 781	4,17	35 575	3,26	20 206	8,19	55,39	44,61	88,56	11,44
6	J. & J.	55 514	4,15	52 210	4,78	3 304	1,34	22,46	77,54	61,11	38,89
7	Pfizer	44 304	3,31	42 381	3,88	1 923	0,78	25,18	74,82	61,92	38,08
8	Syntex	43 767	3,27	42 618	3,90	1 149	0,47	10,19	89,81	56,72	43,28
9	Warner-Lambert	40 777	3,05	36 793	3,37	3 984	1,61	58,38	41,62	76,40	23,60
10	Bristol-Myers	40 512	3,03	26 977	2,47	13 535	5,49	24,87	75,13	30,24	69,76
11	Glaxo Canada	38 773	2,90	32 334	2,96	6 439	2,61	49,10	50,90	78,29	21,71
12	Upjohn	37 949	2,83	28 346	2,60	9 603	3,89	74,44	25,56	81,57	18,43
13	Sandoz	35 150	2,63	32 857	3,01	2 293	0,93	14,56	85,44	68,90	31,10
14	Baxter Labs	34 924	2,61	1 706	0,16	33 222	13,46	11,08	88,92	98,70	1,30
15	Lilly	30 512	2,28	15 822	1,45	14 691	5,95	14,52	85,48	74,68	25,32
16	Searle	28 129	2,10	26 305	2,41	1 824	0,74	48,91	51,09	73,59	26,41
17	Squibb	27 769	2,07	22 105	2,02	5 664	2,30	76,28	23,72	84,47	15,53
18	B.W.	25 768	1,92	20 914	1,91	4 854	1,97	22,53	77,47	49,86	50,14
19	Schering	25 579	1,91	21 855	2,00	3 724	1,51	41,52	58,48	80,15	19,85
20	Rhône-Poulenc	23 716	1,77	16 613	1,52	7 103	2,88	23,90	76,10	74,36	25,64
21	Carter	22 725	1,70	20 150	1,85	2 575	1,04	74,03	25,97	81,46	18,54
22	Novopharm	22 296	1,67	20 965	1,92	1 332	0,54	60,56	39,44	84,52	15,48
23	Roche	21 507	1,61	17 213	1,58	4 294	1,74	29,97	70,03	79,50	20,50
24	Astra	17 513	1,31	13 327	1,22	4 186	1,70	50,15	49,85	77,31	22,69
25	Sterling	16 125	1,20	11 166	1,02	4 959	2,01	61,46	38,54	83,72	16,28

Tableau A4.12 (suite)

Marché des médicaments d'ordonnance : total des ventes, ventes aux pharmacies, ventes aux hôpitaux, parts des marchés et pourcentage des ventes directes et indirectes aux pharmacies et aux hôpitaux— liste dressée selon l'importance de la société (valeurs des ventes totales)

	Nom de la société	Ventes totales ($000s)	Part de tout le marché (%)	Ventes aux pharm. (milliers de $)	Part du marché des pharm. (%)	Ventes aux hôp. (milliers de $)	Part du marché des hôp. (%)	Ventes aux pharmacies		Ventes aux hôpitaux	
								% Directes	% Indirectes	% Directes	% Indirectes
26	Ames	15 972	1,19	14 188	1,30	1 785	0,72	18,07	81,93	37,97	62,03
27	Robins	15 365	1,15	14 786	1,35	580	0,23	8,86	91,14	59,04	40,96
28	Lederle	15 122	1,13	11 133	1,02	3 989	1,62	59,32	40,68	82,20	17,80
29	Boehringer	14 999	1,12	13 936	1,28	1 063	0,43	15,53	84,47	55,96	44,04
30	Roussel	11 638	0,87	7 456	0,68	4 182	1,69	15,64	84,36	65,61	34,39
31	Connaught	10 746	0,80	9 806	0,90	940	0,38	12,50	87,50	3,24	96,76
32	Hoechst	9 617	0,72	7 250	0,66	2 367	0,96	24,19	75,81	64,30	35,70
33	Dow Pharmaceutical	9 565	0,71	9 056	0,83	509	0,21	37,38	62,62	53,01	46,99
34	Apotex	9 498	0,71	9 105	0,83	392	0,16	57,29	42,71	84,25	15,75
35	Richardson-Merrell	8 980	0,67	8 334	0,76	646	0,26	12,60	87,40	54,83	45,17
36	Rorer Canada	8 179	0,61	8 117	0,74	62	0,03	15,52	84,48	44,40	55,60
37	International Chem. & Nuclear	7 711	0,58	6 339	0,58	1 372	0,56	16,37	83,63	77,59	22,41
38	Beecham	7 399	0,55	3 439	0,31	3 959	1,60	18,24	81,76	83,78	16,22
39	Wampole	7 131	0,53	6 692	0,61	439	0,18	74,24	25,76	54,65	45,35
40	Nordic	6 975	0,52	6 538	0,60	437	0,18	25,37	74,63	41,37	58,63
41	Adria Labs	6 809	0,51	819	0,07	5 990	2,43	8,10	91,90	75,34	24,66
42	Revlon Health Group	6 713	0,50	5 363	0,49	1 350	0,55	34,42	65,58	57,73	42,27
43	Organon	6 447	0,48	2 350	0,22	4 096	1,66	15,90	84,10	76,08	23,92
44	Fisons	6 210	0,46	5 864	0,54	346	0,14	10,08	89,92	53,30	46,70
45	Pharmacia	6 065	0,45	2 544	0,23	3 521	1,43	7,33	92,67	86,69	13,31
46	Alcon Labs	5 820	0,43	4 882	0,45	938	0,38	20,41	79,59	68,04	31,96
47	Dupont Pharm	5 287	0,39	3 881	0,36	1 407	0,57	16,42	83,58	68,06	31,94
48	Cooper Labs	5 229	0,39	4 696	0,43	534	0,22	22,36	77,64	60,67	39,33
49	Rougier-Desbergers	4 973	0,37	3 827	0,35	1 146	0,46	17,95	82,05	74,17	25,83
50	ICI	4 712	0,35	3 270	0,30	1 442	0,58	0,00	100,00	0,65	99,35

51	Life	4 701	0,35	4 699	0,43	2	0,00	0,09	99,91	0,00	100,00
52	Pennwalt	4 544	0,34	4 382	0,40	162	0,07	15,73	84,27	34,09	65,91
53	Janssen	4 467	0,33	2 565	0,23	1 902	0,77	9,86	90,14	72,84	27,16
54	Purdue Frederick	4 405	0,33	4 010	0,37	395	0,16	19,30	80,70	68,64	31,36
55	Norwich	4 206	0,31	3 188	0,29	1 018	0,41	13,07	86,93	10,74	89,26
56	Stiefel	4 128	0,31	4 035	0,37	92	0,04	14,22	85,78	26,11	73,89
57	Smith & Nephew	3 583	0,27	2 083	0,19	1 500	0,61	42,66	57,34	80,84	19,16
58	Drug Trading	3 420	0,26	3 227	0,30	193	0,08	0,00	100,00	0,00	100,00
59	Schmid	3 181	0,24	3 180	0,29	1	0,00	52,67	47,33	0,00	100,00
60	3M	2 574	0,19	2 358	0,22	216	0,09	12,03	87,97	58,29	41,71
61	Pentagone	1 999	0,15	1 703	0,16	296	0,12	2,35	97,65	55,79	44,21
62	Doak	1 856	0,14	1 763	0,16	93	0,04	11,14	88,86	0,06	99,94
63	Reed & Carnrick	1 603	0,12	1 558	0,14	45	0,02	10,45	89,55	0,77	99,23
64	Ohio	1 597	0,12	0	0,00	1 597	0,65	NA	NA	NA	NA
65	Cutter	1 544	0,12	14	0,00	1 531	0,62	NA	NA	NA	NA
66	Webber	1 473	0,11	1 459	0,13	14	0,01	51,90	48,10	2,67	97,33
67	Kremers-Urban	1 406	0,11	1 129	0,10	277	0,11	3,87	96,13	11,09	88,91
68	Stanley	1 367	0,10	1 342	0,12	25	0,01	4,85	95,15	5,50	94,50
69	Herdt & Charton	1 057	0,08	1 039	0,10	18	0,01	21,64	78,36	23,88	76,12
70	Bausch & Lomb	1 047	0,08	1 046	0,10	1	0,00	2,08	97,92	0,00	100,00
71	Loma Linda	1 015	0,08	1 015	0,09	0	0,00	20,10	79,90	0,00	100,00
72	Atlas	932	0,07	818	0,07	114	0,05	0,00	100,00	7,41	92,59
73	Jamieson	929	0,07	928	0,08	1	0,00	88,55	11,45	0,00	100,00
74	I.D.A.	887	0,07	885	0,08	2	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00
75	Sabex	864	0,06	829	0,08	35	0,01	0,14	99,86	37,14	62,86
76	Certified	800	0,06	736	0,07	64	0,03	0,00	100,00	0,00	100,00
77	Owen Labs	747	0,06	737	0,07	10	0,00	9,95	90,05	0,00	100,00
78	Anglo French	680	0,05	595	0,05	85	0,03	34,04	65,96	87,39	12,61
79	Bio-Chemical	596	0,04	569	0,05	27	0,01	24,06	75,40	0,00	100,00
80	Gerber	557	0,04	557	0,05	0	0,00	84,55	15,45	0,00	0,00
81	Neo	538	0,04	516	0,05	22	0,01	19,42	80,58	64,12	35,88
82	Lalco	516	0,04	516	0,05	0	0,00	18,93	81,07	0,00	0,00

Source : IMS Canada

Tableau A4.13

Marché des spécialités pharmaceutiques en 1982 : total des ventes, ventes aux pharmacies, ventes aux hôpitaux, parts du marché et parts (en pourcentage) du marché des ventes directes et indirectes aux pharmacies et aux hôpitaux—liste dressée selon l'importance des sociétés (valeur des ventes totales)

	Nom de la société	Ventes totales ($000s)	Part de tout le marché (%)	Ventes aux pharm. (milliers de $)	Part du marché des pharm. (%)	Ventes aux hôp. (milliers de $)	Part du marché des hôp. (%)	Ventes aux pharmacies		Ventes aux hôpitaux	
								% Directes	% Indirectes	% Directes	% Indirectes
1	American Home Products	11 550	10,44	11 246	10,38	303	13,71	72,20	27,80	88,66	11,34
2	Sterling	9 402	8,50	9 383	8,66	19	0,87	59,35	40,65	20,55	79,45
3	Richardson-Merrell	8 552	7,73	8 203	7,57	348	15,74	65,33	34,67	65,14	34,86
4	Schering	7 796	7,05	7 782	7,18	15	0,67	57,21	42,79	35,59	64,41
5	Warner-Lambert	5 885	5,32	5 870	5,42	15	0,68	57,61	42,39	76,88	23,12
6	J. & J.	5 194	4,70	5 082	4,69	111	5,04	42,36	57,64	84,32	15,68
7	Block	4 947	4,47	4 937	4,56	10	0,47	55,92	44,08	73,24	26,76
8	Ames	3 378	3,05	3 377	3,12	1	0,04	59,98	40,11	0,00	100,00
9	Procter & Gamble	3 093	2,80	3 093	2,85	0	0,00	49,75	50,25	0,00	0,00
10	Salada	2 622	2,37	2 622	2,42	0	0,00	25,09	74,91	0,00	0,00
11	SmithKline	2 179	1,97	2 178	2,01	1	0,06	37,82	62,18	0,00	100,00
12	Ex-Lax Inc.	1 870	1,69	1 858	1,71	12	0,54	34,41	65,59	0,00	100,00
13	Chesebrough	1 636	1,48	1 364	1,26	273	12,32	34,66	65,34	76,17	23,83
14	Searle	1 634	1,48	1 621	1,50	14	0,61	79,52	20,48	56,21	43,79
15	Max Factor	1 473	1,33	1 460	1,35	14	0,62	14,64	85,36	0,00	100,00
16	Abbott	1 232	1,11	1 144	1,06	88	3,96	69,70	30,30	88,65	11,35
17	Williams, J.B.	1 216	1,10	1 211	1,12	4	0,19	40,05	59,95	0,00	100,00
18	Beecham	1 090	0,99	1 090	1,01	1	0,03	30,15	69,85	0,00	100,00
19	Rorer Canada	1 081	0,98	1 081	1,00	0	0,01	22,86	77,14	0,00	100,00
20	Bristol-Myers	1 077	0,97	1 074	0,99	3	0,15	33,39	66,61	0,00	100,00
21	B.W.	1 053	0,95	904	0,83	148	6,71	40,84	59,16	57,50	42,50
22	Stella Pharm	1 017	0,92	1 017	0,94	0	0,00	38,89	61,11	0,00	100,00
23	Noxell	1 009	0,91	1 009	0,93	0	0,00	60,99	39,01	0,00	100,00
24	Wampole	915	0,83	877	0,81	38	1,71	58,98	41,02	65,73	34,27

25	Norwich	894	0,81	892	0,82	1	0,06	34,69	65,31	80,14	19,86
26	Maltby	887	0,80	887	0,82	0	0,02	66,28	33,72	0,00	100,00
27	Combe	847	0,77	847	0,78	0	0,00	47,76	52,24	0,00	100,00
28	Commerce Drug	823	0,74	822	0,76	0	0,02	33,14	66,86	0,00	100,00
29	Mentholatum	795	0,72	794	0,73	0	0,02	29,18	70,82	0,00	100,00
30	W.F. Young	770	0,70	770	0,71	0	0,00	15,02	84,98	0,00	100,00
31	Cooper Labs	762	0,69	754	0,70	8	0,38	25,62	74,38	10,03	89,97
32	Lewis Howe	723	0,65	723	0,67	0	0,00	32,39	67,61	0,00	100,00
33	Ciba-Geigy	676	0,61	637	0,59	40	1,79	51,09	48,91	71,10	28,90
34	Glaxo Canada	663	0,60	561	0,52	102	4,59	58,20	41,80	84,09	15,91
35	Squibb	588	0,53	587	0,54	0	0,01	54,22	45,78	100,00	0,00
36	Pfizer	580	0,52	567	0,52	14	0,62	26,38	73,62	8,15	91,85
37	Hilary	568	0,51	563	0,52	6	0,26	24,62	75,38	0,00	100,00
38	Drug Trading	555	0,50	545	0,50	10	0,45	38,18	61,82	0,00	100,00
39	Buckley	550	0,50	550	0,51	0	0,00	34,83	65,17	0,00	0,00
40	Life	513	0,46	513	0,47	0	0,00	0,07	99,93	0,00	100,00

Source : IMS Canada

Tableau A4.14

Ventes et part du marché des grossistes de médicaments[a] : Canada, 1979

Grossiste	Ventes estimatives (milliers $)	Pourcentage des ventes totales	N[bre] estimatif de magasins desservis
Drug Trading[b]	171 644	16,2	1 500
National Drug	160 437	15,1	5 000
Les Pharmacies Universelles[b]	82 690	7,8	1 250
Georges Painchaud	70 000	6,6	400
Northwest Drug[b]	26 000	2,4	500
Southwestern Drug Warehouse	24 000	2,3	470
United Pharmacists	20 000	1,9	150
Fraserville Drug	20 000	1,9	475
Sorex	19 000	1,8	300
West Coast Drugs	10 000	0,9	75
Gerald S. Doyle	10 000	0,9	107
Dale Laboratories	8 000	0,8	200
Brathwaites	7 000	0,7	400
M.F. McMahon	6 000	0,6	—
Pacific Coast Wholesale Drugs	5 141	0,5	300
Courtney Drug (Grossiste)	5 000	0,5	—
Total	1 600 000	100,0	

[a] Ventes de 5 millions de dollars et plus
[b] Coopérative appartenant au détaillant

Source : Statistique Canada, Distribution Services Branch, *Profile: Drug Distribution*, octobre 1982

Tableau A4.15

Ventes et marchés des détaillants de médicaments : Canada, 1979

Détaillant de médicament	Ventes estimatives (milliers $)	Pourcentage des ventes totales	Nombre de points de vente
Shoppers Drug Mart[ab]	380[f]	16,3	362
Uniprix[c]	130	5,6	290
London Drug	114[f]	4,9	13
I.D.A.[c]	109[f]	4,7	225
Boots Drug Stores (Canada)	96	4,1	102
Farmico	80	3,4	39
Jack Austin Drugs[d]	62	2,7	93
Boots Drug Stores (Western)	58	2,5	51
Guardian Drug Stores[c]	58	2,5	119
Big V Pharmacies	45	1,9	48
Pharmaprix[ab]	38[f]	1,6	35
Associated Retail Pharmacies[b]	32	1,4	65
Foremost Pharmacists' Co-op. Ass'n	28	1,2	45
Kent Drugs[d]	26	1,1	45
United Pharmacies	25	1,1	50
Cumberland Drugs[b]	20	0,9	13
White Cross Pharmacy	20	0,9	33
Balcolm Chittick	17	0,7	29
Super X[b]	17[f]	0,7	34
IRDA[c]	10	0,4	100
Western Drug Marts[ab]	10[f]	0,4	21
Pinders Drugs	9[f]	0,4	18
Safeguard Drugs	9[f]	0,4	13
Metro Drugs Manitoba	8[f]	0,3	17
The Saskatoon Drug and Stationery Co.	8[f]	0,3	17
Newfoundland Drugs	7	0,3	12
McGill and Orme	6[f]	0,3	12
Peoples Choice Discount Drugs	6	0,3	13
Baydala Drug Company	5	0,2	6
Drug World	5	0,2	7
Smith's Drug Store	5	0,2	9

[a] Franchisé par Koffler Stores Ltd
[b] Chaîne de concessions
[c] Groupe volontaire
[d] Desservant principalement les magasins à rayons
[e] Ventes de 5 millions de dollars ou plus
[f] Estimation de la DSD

Source : Statisque Canada, Distribution Services Branch, *Profile: Drug Distribution*, octobre 1982

Tableau A4.16

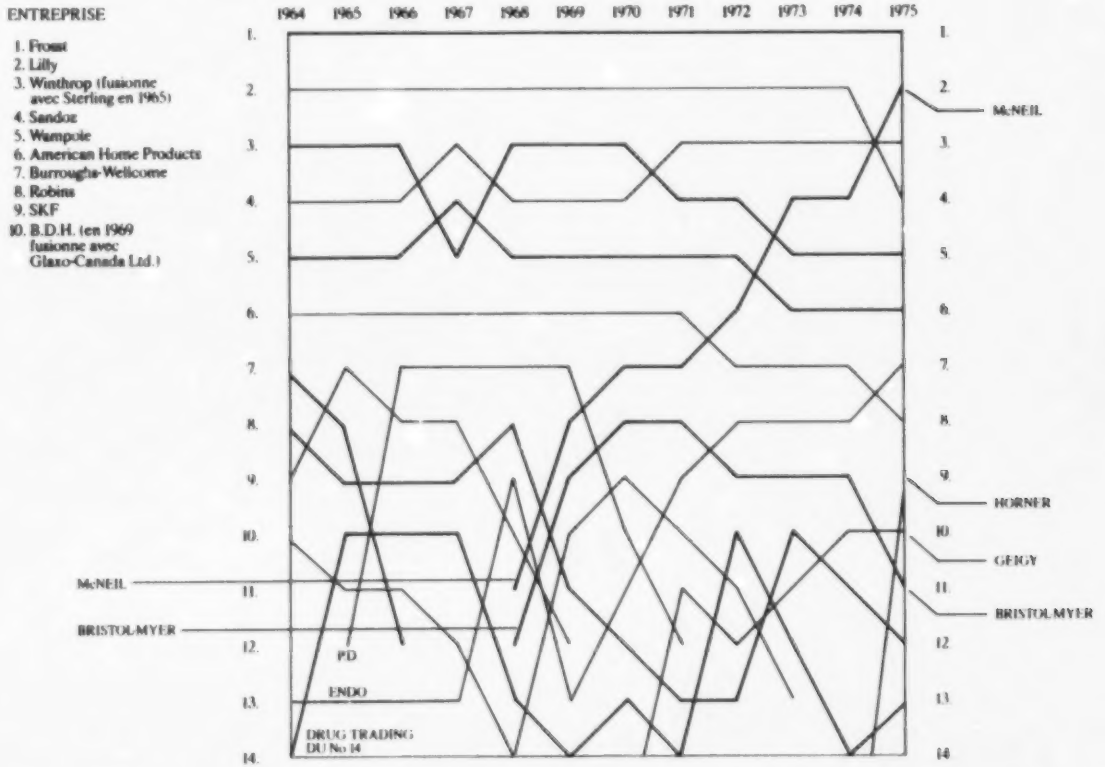
Nombre de pharmacies par catégorie de points de vente : Canada et les provinces, 1979

	Indépendants	Chaine	Comptoir de magasin à rayons	Nbre total de pharmacies	Population desservie/ pharmacie
Terre-Neuve	87	29	8	124	4 629
Î.-P.-É.	21	2	2	25	4 920
Nouvelle-Écosse	130	47	7	184	4 603
Nouveau-Brunswick	100	4	11	115	6 096
Québec	1 285	—	—	1 285	4 902
Ontario	1 264	269	118	1 651	5 148
Manitoba	205	32	10	247	4 174
Saskatchewan	251	35	4	290	3 300
Alberta	451	82	22	555	3 620
Colombie-Britannique	413	126	23	542	4 763
Canada	4 207	526	205	5 018	4 717

Source : Statistique Canada, Distribution Services Branch, *Profile: Drug Distribution*, octobre 1982

Graphique A4.1

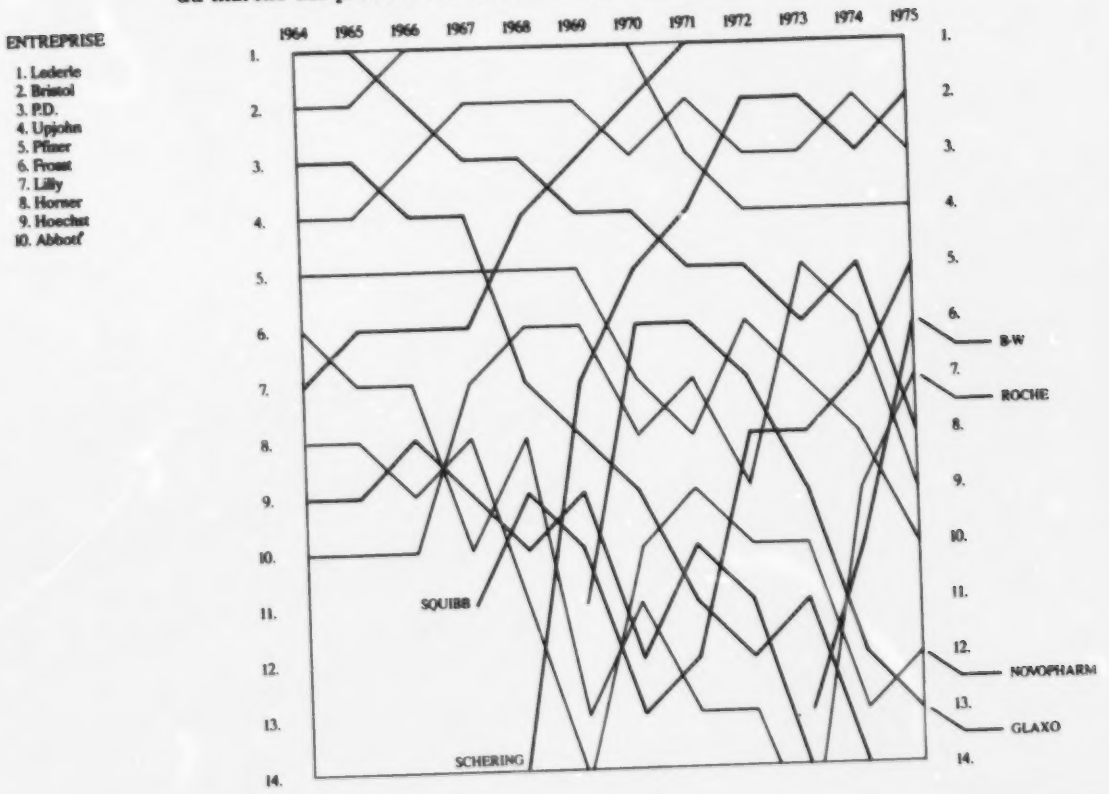
Classement des entreprises selon la part du marché, total combiné du marché des produits d'ordonnance, 1964-1975



Source : IMS Canada

Graphique A4.2

Classement des entreprises selon la part du marché, total du marché des produits d'ordonnance : pharmacies, 1964-1975



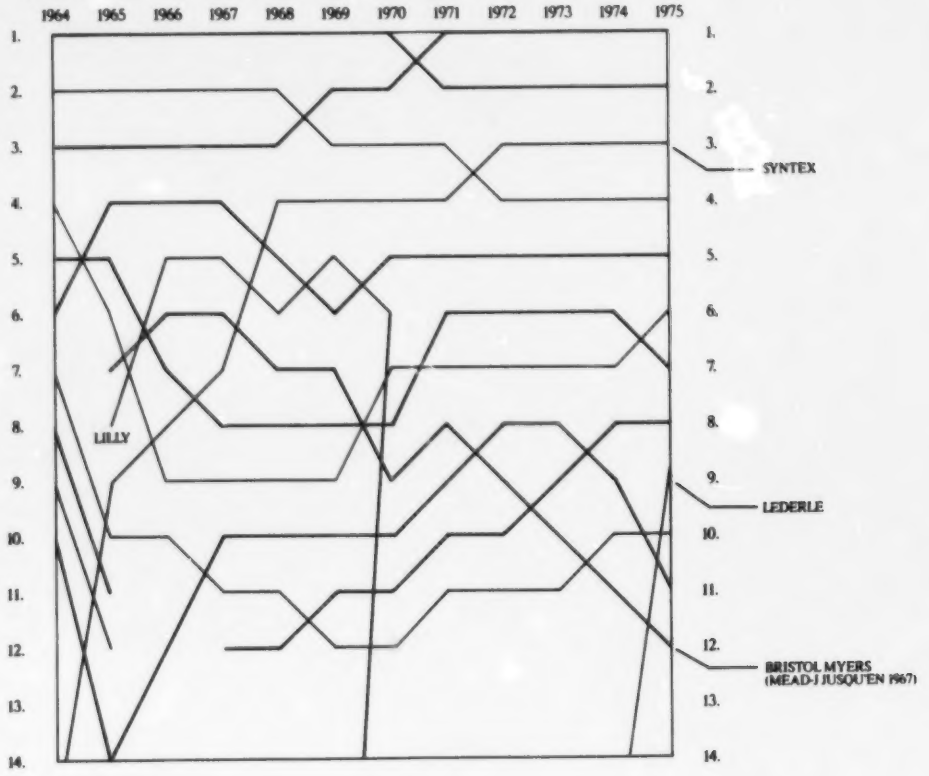
Source : IMS Canada

Graphique A4.3

Classement des entreprises selon la part du marché, total combiné du marché des hormones sexuelles, 1964-1975

ENTREPRISE

1. Ortho
2. Searle
3. American Home Products
4. Upjohn
5. Frosst
6. P.D.
7. Merrell
8. Squibb
9. Roussel
10. B.D.H. (fusion avec Glaxo-Can. Ltd. en 1969)



Source : IMS Canada

Chapitre 5

Comportement du marché

Les trois principales caractéristiques de l'industrie pharmaceutique abordées dans ce chapitre, la promotion des ventes, la recherche et le développement, et l'intégration verticale et horizontale, décrivent à la fois la structure du secteur pharmaceutique et la réaction des entreprises à des éléments plus fondamentaux de la structure du marché. Dans ce contexte, l'instabilité des parts du marché, le fait que les entreprises ne comptent fréquemment que sur la vente d'un seul produit ou d'un petit nombre de produits, de même que la diversité et la complexité des décisions relatives aux achats ou à la demande peuvent apparemment conditionner la promotion des ventes, le développement d'un nouveau produit, l'intégration et la diversification.

Les ventes et la promotion

Étant donné la nature du marché des produits pharmaceutiques présentée au chapitre précédent et, en particulier, le fait que les entreprises ne comptent que sur un assez petit nombre de produits, il n'est pas surprenant de constater que l'industrie se caractérise par une promotion des ventes et une publicité assez considérables. La première partie du chapitre porte sur le nombre de personnes affectées à ces fonctions. La deuxième partie traite des sommes consacrées à la publicité et aux activités connexes. La troisième partie enfin fournit une brève comparaison de la situation canadienne par rapport à celle d'autres pays.

Personnel affecté aux ventes et à la promotion

Le recensement décennal du Canada constitue une des principales sources d'information sur les effectifs que les fabricants de produits pharmaceutiques affectent aux ventes. Le tableau 5.1 renferme des données tirées des trois derniers recensements, ceux de 1961, 1971 et 1981. Malheureusement, le système de classification des occupations et des industries n'est pas toujours exactement le même d'un recensement à l'autre. Bien plus, la conception qu'on se fait d'un «vendeur» peut changer considérablement en dix ans, et plus encore en vingt ans. Les données présentées dans le tableau 5.1 sont probablement

Tableau 5.1

Proportion de la main-d'œuvre des fabricants des produits pharmaceutiques affectée aux ventes au Canada, en 1961, 1971 et 1981

	1961		1971		1981*	
Toutes les industries	6,35 = 100,0		9,46 = 100,0		9,55 = 100,0	
Industries manufacturières	3,94	62,1	6,52	68,9	4,38	45,9
Industries chimiques	12,17	191,7	12,01	126,9	8,30	86,9
Fabricants de produits pharmaceutiques	21,58	339,8	17,83	188,5	10,59	110,9
Fabricants de savons et de composés pour le nettoyage	10,43	164,3	15,26	161,3	14,17	148,4
Fabricants de produits de toilette	50,96	802,6	25,82	272,9	11,52	120,6
Fabricants de produits chimiques d'usage industriel	3,51	55,3	5,10	53,9	3,69	38,6
Fabricants de matériel scientifique et professionnel	3,80	59,9	6,13	64,8	4,70	49,2
Commerce de gros : médicaments et produits de toilette	34,98	550,9	43,91	464,1	32,70	342,4
Commerce de détail : pharmacies	46,03	725,0	47,34	500,4	34,76	364,0

* Les données pour 1981 sont basées sur la classification type des occupations et les industries de 1971.

Source : Statistique Canada, *Recensement du Canada, 1961, 1971 et 1981* (nos 94-530, 94-758 et 92-923 aux catalogues)

plus utiles pour déterminer quels effectifs l'industrie pharmaceutique affecte aux ventes au cours d'une année donnée comparativement à d'autres industries que pour indiquer dans quelle mesure ce nombre varie d'année en année.

En 1961, 21,6 pour cent de la main-d'œuvre pharmaceutique étaient affectées aux ventes. Cette proportion est 3,4 fois plus élevée que dans toutes les industries et plus de cinq fois plus élevé que dans l'ensemble du secteur manufacturier. À vrai dire, parmi les secteurs qui figurent au tableau 5.1, seuls la fabrication des produits de toilette, le commerce de gros des médicaments et des produits de toilette et les pharmacies de détail avaient davantage d'employés affectés aux ventes.

En 1971, la proportion d'employés des ventes dans l'industrie pharmaceutique avait diminué de façon marquée par rapport à l'ensemble du secteur manufacturier ou même à l'ensemble de l'industrie. Ces employés représentaient 17,8 pour cent de la main-d'œuvre, c'est-à-dire trois fois plus que dans l'ensemble du secteur manufacturier et un peu moins de deux fois plus que dans l'ensemble des industries. Il y avait toujours plus d'employés des ventes dans le secteur des produits de toilette que dans celui des produits pharmaceutiques mais relativement moins qu'en 1961. Par contre, le nombre d'employés des ventes dans le commerce de gros des médicaments et des produits de toilette et dans les pharmacies de détail a augmenté comparativement au secteur des produits pharmaceutiques.

La situation de l'industrie pharmaceutique par rapport à l'ensemble du secteur manufacturier en 1981 indique que la tendance se poursuit. La proportion d'employés des ventes dans l'ensemble du secteur industriel en 1981 s'établissait à 9,6 pour cent de la main-d'œuvre, contre un peu plus de 10,6 pour cent dans l'industrie pharmaceutique. Le commerce de gros des médicaments et des produits de toilette et les pharmacies continuaient d'affecter un fort pourcentage de leurs employés à la vente.

Le tableau 5.2 donne un autre éclairage à la situation en présentant la répartition des employés affectés à la production ainsi qu'aux ventes et à la distribution dans l'industrie pharmaceutique par rapport à l'ensemble des employés. Ces données tirées du recensement annuel des fabricants indiquent qu'entre 1962 et 1974, une proportion assez stable de 24 à 25 pour cent de tous les employés de l'industrie pharmaceutique était affectée aux ventes et à la distribution, une proportion assez stable de 42 à 43 pour cent à la production et le reste à l'administration et au travail de bureau au siège de l'entreprise. Ces données diffèrent quelque peu de celles dont on dispose pour d'autres industries. Par exemple, dans l'industrie des savons et des composés de nettoyage, la proportion de la main-d'œuvre affectée aux ventes et à la distribution a augmenté au cours de cette période alors que chez les fabricants de produits de toilette, elle semble avoir diminué.

Un problème de taille se pose lorsqu'on veut recueillir de l'information sur les employés des ventes et de la distribution; il faut souvent ventiler arbitrairement la durée totale de travail de ces employés selon plusieurs activités, par exemple les ventes et l'administration générale. Ce problème est plus probable chez les employés qui ne sont pas affectés à la production. Il est également intéressant d'examiner au tableau 5.2 les données sur la main-d'œuvre affectée à la production et à des tâches connexes.

Le pourcentage de la main-d'œuvre désignée comme affectée à la production est resté à peu près le même pendant toute la période de 21 ans. On note une légère augmentation entre le milieu et la fin des années 1970, le phénomène qui s'observe également chez les fabricants de savon et de composés de nettoyage et chez les fabricants de produits de toilette, ainsi que dans l'ensemble du secteur manufacturier. Toutefois, les fabricants d'appareils orthopédiques et chirurgicaux et les fabricants de produits ophthalmiques ont affecté davantage de main-d'œuvre à la production au cours de cette période.

En plus des tendances dans le temps, il est intéressant de noter le nombre relatif d'employés de production en pourcentage de tous les employés. Depuis 1962, cette proportion est demeurée assez stable à 42 pour cent et elle semble être la plus petite parmi toutes les industries et tous les groupes industriels retenus. Dans toutes les industries de fabrication, plus de 70 pour cent de la main-d'œuvre est affectée à la production. Même dans l'industrie des produits de toilette et dans celle des savons et des composés pour le nettoyage, le pourcentage d'employés de production est plus élevé que dans le secteur des produits pharmaceutiques et des médicaments. On peut évidemment en déduire que l'industrie pharmaceutique consacre plus d'efforts à l'ensemble des

Tableau 5.2

Proportion de la main-d'œuvre de l'industrie pharmaceutique affectée à la production, aux ventes et à la distribution au Canada, 1962-1982

	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982
% de la main-d'œuvre totale affectée à la production :																					
Produits pharmaceutiques	42,3	41,1	40,0	39,9	42,3	42,2	42,6	43,3	41,9	41,9	41,0	43,2	42,9	45,3	44,9	46,3	47,0	40,1	43,3	43,4	42,3
Savons et composés pour le nettoyage	44,0	43,7	43,7	43,3	43,5	43,7	44,0	42,9	45,2	44,5	44,7	44,9	47,5	47,9	54,6	54,0	51,6	49,8	49,0	46,0	47,5
Produits de toilette	51,2	50,8	52,8	51,3	51,1	51,7	52,1	51,9	52,6	52,6	52,4	51,4	50,1	54,1	54,9	52,1	51,5	51,9	52,5	48,3	48,1
Appareils orthopédiques et chirurgicaux	68,0	67,4	69,5	69,3	71,0	70,8	72,3	70,0	72,2	72,2	71,9	n.d.	68,2	79,9	76,3	78,2	81,1	72,9	72,7	78,2	76,3
Produits ophtalmiques	68,6	67,8	71,0	70,0	72,8	72,5	71,0	69,2	69,6	68,6	69,2	69,6	70,4	70,4	71,5	69,1	71,3	72,3	75,1	74,1	75,1
Produits chimiques	—	—	—	—	50,6	50,4	50,4	50,7	—	49,9	50,3	51,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Toutes les industries manufacturières	70,1	70,4	70,9	71,1	71,3	70,7	70,6	71,0	71,3	71,7	72,4	72,9	72,8	73,0	73,3	72,9	73,2	73,4	72,8	72,1	71,0
Proportion de la main-d'œuvre affectée à la vente et à la distribution :																					
Produits pharmaceutiques	24,0	23,8	24,0	25,6	24,5	23,7	23,5	23,6	24,6	25,3	26,6	24,4	23,9	—	—	—	—	—	—	—	—
Savons et composés pour le nettoyage	16,4	16,8	16,7	17,0	16,6	16,8	16,4	17,2	22,1	23,8	24,8	24,7	23,5	—	—	—	—	—	—	—	—
Produits de toilette	22,4	23,6	22,3	23,7	24,6	23,9	22,7	21,3	20,7	19,8	20,5	19,5	19,3	—	—	—	—	—	—	—	—
Appareils orthopédiques et chirurgicaux	7,1	7,2	7,3	7,6	5,5	5,8	6,2	6,1	5,7	7,1	6,3	n.d.	8,5	—	—	—	—	—	—	—	—
Produits ophtalmiques	10,4	8,7	6,2	7,2	7,7	7,1	7,0	7,0	7,1	7,4	6,9	9,2	9,0	—	—	—	—	—	—	—	—

Source : Statistique Canada, *Industries manufacturières du Canada* (n° 31-203 au catalogue) et les autres catalogues pour les secteurs d'activité à 3 et 4 chiffres

activités de vente, de distribution et d'administration générale que toute autre industrie figurant au tableau 5.2.

L'Association canadienne de l'industrie du médicament (ACIM) nous renseigne également sur l'importance des ressources que les entreprises pharmaceutiques consacrent à la promotion des ventes. Les données de l'ACIM portant sur le coût total de la promotion des ventes, y compris les dépenses externes de publicité et le coût interne du maintien de la main-d'œuvre dans le domaine des ventes, figurent dans la dernière colonne du tableau 5.3 et couvrent la période 1964-1983. Il est clair que la proportion des dépenses consacrées à la promotion des ventes a diminué, avec de légères fluctuations, entre 1964 et 1980. Cette proportion a recommencé à augmenter par la suite et était revenue en 1983 au niveau du début des années 1970.

Tableau 5.3

Dépenses en promotion des ventes et en publicité : pourcentage des ventes de l'industrie pharmaceutique au Canada, 1965-1975

Année	Ventes nettes totales[a] (milliers $)	A & B[b] Promotion totale en % des ventes	A Publicité totale en % des ventes	B Frais de représentation en % des ventes
1964	107 784	26,3	10,6	15,7
1965	125 054	24,3	9,9	14,4
1966	160 066	23,7	9,9	13,8
1967	176 597	22,9	9,2	13,7
1968	189 854	21,3	8,4	12,9
1969	200 442	19,3	7,6	11,7
1970	223 917	18,6	7,5	11,1
1971	236 173	17,8	6,9	10,9
1972	268 601	16,0	6,4	9,6
1973	291 479	15,7	6,2	9,5
1974	345 315	15,8	6,1	9,7
1975	345 011	15,2	5,6	9,6
1976	441 588	15,5	5,9	9,6
1977	347 489	17,0	6,1	10,9
1978	545 131	14,9	5,6	9,3
1979	634 664	15,6	5,9	9,7
1980[c]	822 903	14,6	6,0	8,0
1981	995 421	15,4	6,5	8,9
1982	1 153 927	15,5	6,6	8,9
1983	1 250 449	16,7	7,5	9,2

[a] L'importance des ventes nettes varie d'une année à l'autre pour diverses raisons, dont le nombre d'entreprises dans l'échantillon.

[b] Exclut l'administration interne du marché

[c] La plus récente augmentation importante des ventes s'est produite en 1980.

Source : L'Association canadienne de l'industrie du médicament, *The Pharmaceutical Industry and Ontario* (Ottawa : ACIM, 1978), p. 34 et pour les années 1976-1983, M. R. Everson, ACIM

Les données présentées au tableau 5.1 ne sont pas strictement comparables d'un recensement à un autre et ne peuvent pas indiquer à coup sûr la proportion de main-d'œuvre des ventes dans une industrie en particulier. On y observe toutefois à peu près la même tendance que dans les données de l'ACIM. Les données du recensement de 1971 indiquent que 17,8 pour cent de la main-d'œuvre totale de l'industrie pharmaceutique travaillait aux ventes alors que les données de l'ACIM situent cette proportion à 10,9 pour cent. Étant donné que les salaires des employés des ventes ne sont généralement pas inférieurs à ceux des ouvriers de production, il est clair qu'il existe des différences importantes entre la main-d'œuvre en cause et les frais de représentation considérés. Il est étonnant que la promotion globale figurant au tableau 5.3 pour l'année 1971 corresponde à 17,8 pour cent. Cette valeur est exactement la même que pour la taille relative de l'effectif des ventes dans le recensement de 1971.

Compte tenu de la période de cinq ans la plus récente pour laquelle la Commission a tiré des données des rapports annuels des entreprises, le nombre d'employés des ventes est un peu plus élevé que les estimations présentées ci-dessus. Les résultats de ces recherches sur les entreprises pharmaceutiques et sur leur effectif des ventes apparaissent au tableau 5.4. Pour les 52 entreprises considérées entre 1979 et 1982 et pour les 56 entreprises considérées en 1983, la proportion moyenne pondérée d'employés des ventes par rapport à la main-d'œuvre totale était de l'ordre de 32 pour cent. De plus, cette proportion a légèrement augmenté au cours de la période de cinq ans, passant de 31,8 pour cent en 1979 à 33,9 pour cent en 1983.

Une tendance semblable se manifeste au cours de ces cinq années lorsqu'on examine le rapport moyen non pondéré entre les employés des ventes et la main-d'œuvre totale. Ce rapport qui s'établissait à 40,4 en 1979, a augmenté pour atteindre 43,5 en 1983.

Tableau 5.4

Proportion des employés affectés aux ventes et à la commercialisation chez les entreprises pharmaceutiques canadiennes étudiées, 1979-1983

Année	Nbre d'entreprises étudiées	Proportion moyenne pondérée d'employés affectés aux ventes	Proportion moyenne non pondérée d'employés affectés aux ventes
1983	56	33,9	43,5
1982	52	32,9	41,1
1981	52	32,4	41,0
1980	52	31,8	41,4
1979	52	31,8	40,4

Il y a d'énormes variations parmi cette cinquantaine d'entreprises pharmaceutiques. Même en éliminant les cinq entreprises ayant le rapport le plus bas et les cinq ayant le rapport le plus élevé, certaines entreprises avaient moins de 19 pour cent d'employés affectés aux ventes alors que d'autres en avaient 70 pour cent et plus. En éliminant, à chaque extrémité de la distribution, les dix entreprises extrêmes, l'écart est plus restreint mais il reste tout de même important, variant entre environ 26 pour cent et plus de 61 pour cent.

La conclusion à tirer de toutes ces données sur la taille relative de l'effectif des ventes, c'est que les 50 premières entreprises pharmaceutiques canadiennes et plus, et même toute l'industrie pharmaceutique, consacrent énormément de ressources à la promotion des ventes et au marketing.

Dépenses en publicité

On peut également déterminer dans quelle mesure les entreprises pharmaceutiques utilisent la promotion des ventes, le marketing et la publicité en considérant les dépenses publicitaires en pourcentage des ventes nettes. Les données recueillies par l'ACIM entre 1964 et 1983 et figurant au tableau 5.3, indiquent l'importance relative des dépenses consacrées à la publicité et les tendances dans ce domaine (les coûts de la publicité ne comprennent pas les coûts majeurs que représentent les salaires et les frais des représentants et du service des ventes). Ces frais de publicité suivent les mêmes tendances que ceux des ventes et correspondent en général aux deux tiers du niveau des dépenses consacrées au personnel des ventes sur place.

Le tableau 5.5 présente le rapport entre les dépenses de publicité et la valeur des expéditions de l'usine, non seulement pour l'industrie des produits pharmaceutiques et des médicaments, mais aussi pour certaines autres industries. Les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments ont affiché un ratio de publicité assez élevé en 1954 et en 1965. En fait, ces ratios sont près de six fois plus élevés que ceux de l'ensemble du secteur manufacturier. Il faut toutefois ajouter que les ratios de publicité de quelques autres industries, particulièrement celles des produits comme les savons, les produits de nettoyage et les céréales, sont beaucoup plus élevés. Néanmoins, il semble évident que les dépenses que les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments consacrent à la publicité au Canada sont élevées et qu'elles l'étaient davantage en 1965 en termes absolus et par rapport à l'ensemble du secteur manufacturier.

Les données sur le coût des récipients et des emballages par rapport au coût de l'ensemble du matériel et des fournitures montrent indirectement un autre aspect de l'importance de la publicité et de la promotion des ventes au sein de l'industrie pharmaceutique canadienne. L'industrie pharmaceutique utilise beaucoup de récipients et d'emballages, comme l'indique le tableau 5.6.

Tableau 5.5

Fraction des dépenses consacrées à la publicité dans certaines industries manufacturières au Canada, 1954 et 1965

	Rapport entre les dépenses consacrées à la publicité* et la valeur des expéditions	
	1954	1965
Toutes les industries manufacturières	1,07	1,25
Industries chimiques	3,24	3,85
Produits pharmaceutiques	6,07	8,65
Savons et de composés pour le nettoyage	11,26	10,85
Produits de toilette	15,86	15,22
Produits chimiques industriels	—	,41
Industries manufacturières diverses	1,59	2,17
Matériel scientifique et professionnel	1,32	2,06
Aliments et boissons	1,62	2,03
Brasseries	2,19	6,56
Distilleries	3,50	2,74
Fabricants de boissons gazeuses	—	8,20
Vineries	2,89	3,99
Fabricants de céréales	11,76	12,12
Tabac : fabricants de produits de tabac	—	6,13

* À l'exclusion des dépenses consacrées à la promotion des ventes

Source : Statistique Canada, *Dépenses en publicité au Canada*, (nos 63-501 et 63-216 au catalogue), 1954 et 1965

En 1982, ces fournitures représentaient 16,8 pour cent des coûts d'ensemble du matériel et des fournitures. Ces coûts étaient de 3,7 pour cent pour l'ensemble du secteur manufacturier et de 6,4 pour cent pour les industries chimiques.

Certains secteurs font un usage plus important de contenants et d'emballages. En l'occurrence, ces fournitures représentent 19,5 pour cent du coût total du matériel et des fournitures chez les fabricants de savons et de produits de nettoyage et 49,9 pour cent pour les fabricants de produits de toilette.

Au cours de la période de quinze ans décrite au tableau 5.6, les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments ont utilisé de moins en moins de contenants et d'emballage. À la fin des années 1960 et au début des années 1970, les contenants et les emballages représentaient environ le quart des coûts des matières et des fournitures. On constate aussi que la tendance à la baisse se manifeste dans toutes les industries figurant au tableau 5.6.

Tableau 5.6

Coût des contenants et des matériaux d'emballage en pourcentage du coût de l'ensemble des matériaux et des fournitures utilisées dans l'industrie pharmaceutique et dans d'autres secteurs au Canada, 1967-1982

Année	Toutes les industries manufacturières	Toutes les industries chimiques	Produits pharmaceutiques	Savons et composés pour le nettoyage	Produits de toilette	Produits chimiques industriels
1982	3,7	6,4	16,8	19,5	49,9	.7
1981	3,5	7,1	17,5	22,4	48,3	.9
1980	3,6	8,0	17,6	23,1	54,3	1,3
1979	3,5	8,3	16,3	23,1	55,4	1,5
1978	3,7	7,2	16,5	25,1	54,4	1,3
1977	3,9	9,6	18,2	27,2	56,9	1,8
1976	4,0	7,9	17,1	26,8	58,6	1,4
1975	4,0	10,4	18,2	24,1	55,2	1,9
1974	4,0	11,8	21,6	27,5	56,2	2,6
1973	4,2	13,3	22,5	30,8	56,7	3,0
1972	4,5	14,0	24,4	29,5	59,8	3,0
1971	4,7	14,0	24,6	28,4	59,0	3,0
1970	4,7	14,3	25,6	27,1	57,6	3,4
1969	4,5	14,5	25,7	29,3	60,5	3,6
1968	4,6	14,4	25,1	29,2	62,8	3,9
1967	4,6	14,0	24,4	29,0	62,9	4,1

Source : Statistique Canada, *Industries manufacturières du Canada* (n° 31-203 au catalogue)

Tableau 5.7

Dépenses affectées à la promotion en pourcentage des ventes totales dans certains pays

Pays	Pourcentage
États-Unis	22
Allemagne de l'Ouest	22
Italie	22
Belgique	21
Canada	21
Australie	19
Suède	18
Inde	18
France	17
Turquie	16
Indonésie	16
Royaume-Uni	15

Source : S. Slatter, *Competition and Marketing Strategies in the Pharmaceutical Industry*, (Londres : Croom Helm, 1977), p. 102

Comparaisons avec les activités de vente, de promotion et de publicité dans d'autres pays

La comparaison avec les activités de vente, de promotion et de publicité dans d'autres pays présente des difficultés pour l'établissement d'une définition universellement reconnue de ce qu'est un employé des ventes, de ce que sont des dépenses de publicité ou des dépenses globales de promotion des ventes. Ces problèmes n'interdisent toutefois pas de faire certaines comparaisons utiles à partir de diverses sources.

Le tableau 5.7 compare des données concernant la promotion des ventes dans plusieurs pays au milieu des années 1970. Le Canada est l'un des pays où il se fait le plus de promotion des ventes, mais trois pays nous dépassent à ce chapitre. Parmi les pays industrialisés qui figurent au tableau 5.7, le Royaume-Uni fait manifestement bande à part avec des dépenses de promotion qui n'atteignent que 15 pour cent des ventes totales, soit environ les trois quarts de la proportion observée dans les autres pays industrialisés.

Le graphique 5.1 nous renseigne sur le rapport qui existait entre la taille de l'entreprise et le niveau des dépenses de promotion des ventes au Royaume-Uni en 1966. Il existe de toute évidence un rapport étroit entre ces deux variables. Le taux relativement élevé de promotion des ventes au Canada peut s'expliquer en partie par le caractère restreint du marché canadien, surtout en raison de son éparpillement géographique. D'autres pays où le marché est mieux réparti géographiquement affichent des niveaux de promotion aussi élevés. Il faut donc tenir compte d'autres facteurs comme le grand nombre de produits concurrentiels.

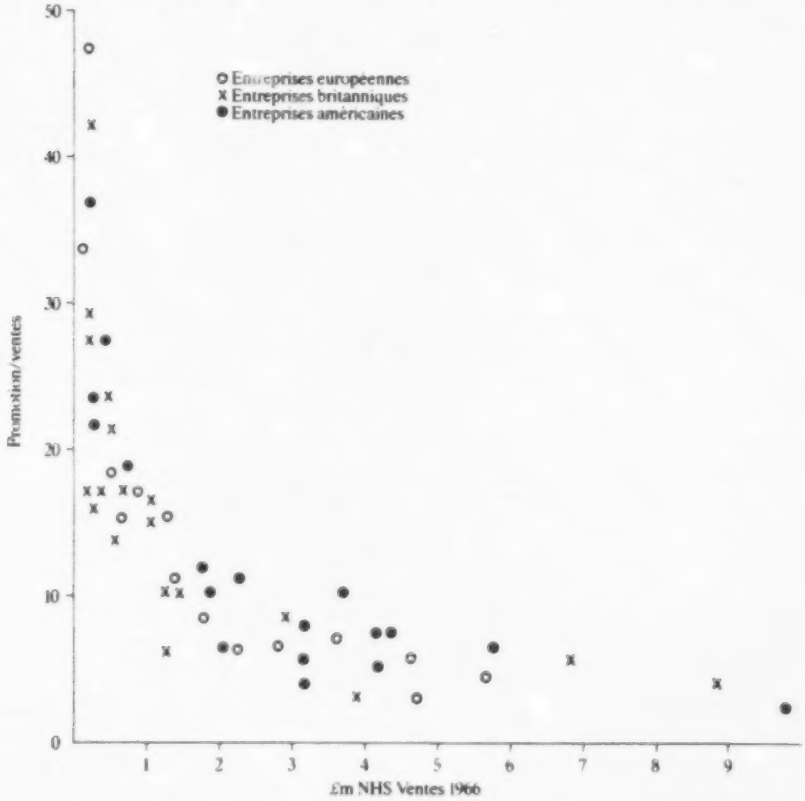
Au Royaume-Uni, un règlement, le *Prescription Price Regulation Scheme* (*PPRS*), comporte une disposition limitant les coûts de promotion des ventes que peuvent déclarer les entreprises dans le cadre du calcul complexe des profits réels et prévus. Actuellement, le plafond des dépenses consacrées à la promotion des ventes est fixé à 10 pour cent pour toutes les entreprises, sauf les plus petites. Prises sous cet angle, les données de 1981 indiquent que les dépenses pour la promotion des ventes dépassent de 3 points de pourcentage environ la limite admissible de 10 pour cent. Ce niveau implicite de dépenses consacrées à la promotion des ventes, qui est d'environ 13 pour cent, doit être interprété avec prudence étant donné l'intérêt qu'ont les entreprises à limiter leurs dépenses de promotion des ventes au plan comptable pour se conformer au *PPRS*.

Recherche et développement et nouveaux produits

L'analyse de la concentration des vendeurs et de l'instabilité du marché (chapitre 4) et la promotion des ventes ci-dessus conduit naturellement à examiner la source des nouveaux produits. Cela est d'autant plus vrai que la concurrence dans l'ensemble de l'industrie pharmaceutique semble être fonction de la concurrence pour une part du marché par la mise sur le marché

Graphique 5.1

Situation économique de l'industrie pharmaceutique en Royaume-Uni
(Promotion : rapports des ventes en comparaison de l'importance de l'Ontario)



Source : Duncan Reekie, *The Economics of the Pharmaceutical Industry* (Londres, Methuen, 1975)

de nouveaux produits et par la promotion des ventes des produits existants plutôt que par une guerre des prix sur des produits existants.

Il faut d'abord étudier l'importance des ressources que les entreprises pharmaceutiques affectent à la recherche et au développement. Ensuite, l'examen portera sur la provenance de nouveaux produits tout en cherchant à savoir s'ils proviennent d'entreprises qui sont déjà dominantes dans une catégorie thérapeutique particulière ou plutôt d'entreprises complètement étrangères à cette catégorie ou encore dont la part du marché n'est pas très élevée.

La troisième partie est consacrée à l'étude de la valeur thérapeutique des nouveaux produits. Il importe d'établir une distinction entre le médicament qui représente un progrès thérapeutique majeur, celui qui représente un progrès

thérapeutique modeste et celui qui représente un progrès thérapeutique minime ou inexistant lorsqu'on veut déterminer si les dépenses de recherche et développement visent principalement le maintien de la part du marché ou la découverte d'un nouveau médicament important. Dans le dernier cas, cela se traduit bien sûr par une augmentation de la part du marché de l'entreprise. Étant donné, toutefois, que la grande majorité des nouveaux médicaments mis sur le marché sont considérés comme ayant peu ou pas d'avantage thérapeutique sur les médicaments existants, il semblerait que la recherche et le développement servent surtout à des fins stratégiques pour maintenir et augmenter la part du marché plutôt qu'à la découverte de nouveaux médicaments importants.

Dépenses de recherche et développement par rapport aux ventes

Le chapitre 2 contient des données sur l'importance des ressources que l'industrie consacre aux activités intra-muros de recherche et développement au Canada. Ces données ont permis de construire le graphique 2.12 et elles couvrent la période de 1967 à 1982. Les données pour le Canada sont juxtaposées à celles des États-Unis pour la même période dans le graphique 5.2.

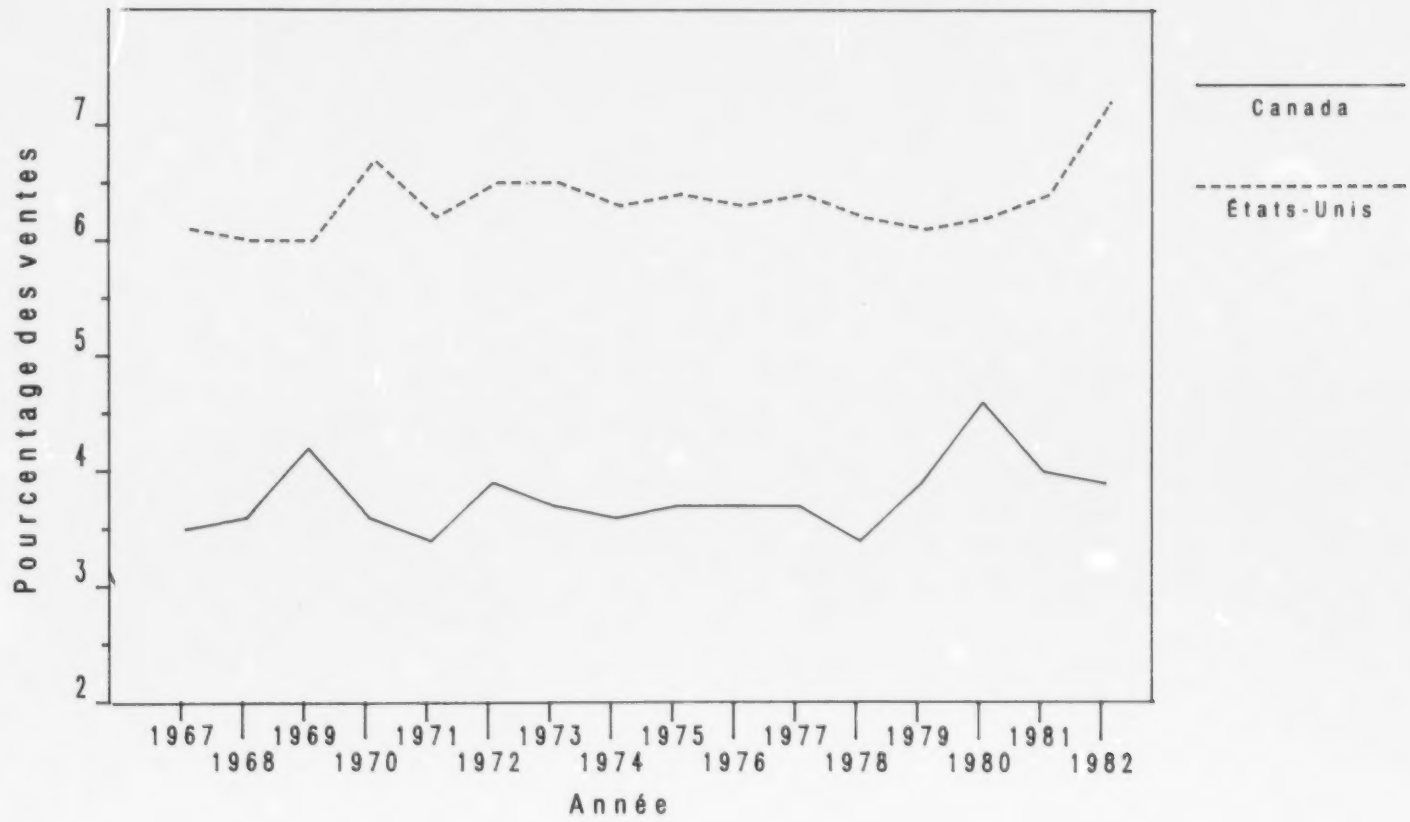
Les dépenses que l'industrie pharmaceutique consacre à la recherche et au développement par rapport aux ventes sont beaucoup plus élevées aux États-Unis qu'au Canada. Entre 1967 et 1982, le rapport a varié entre 6 et 7,2 pour cent aux États-Unis. De plus, après avoir été relativement stable pendant les quatorze premières années, ce rapport a commencé à augmenter brusquement au cours des deux dernières années de la période à l'étude. La tendance pour les États-Unis diffère un peu de celle qui se manifeste au Canada, où le rapport se situe généralement entre 3,5 et 4,5 pour cent. Il est resté assez stable pendant la plus grande partie de cette période. Au cours des trois dernières années, il a toutefois diminué, au lieu d'augmenter comme aux États-Unis.

Bien que les données pour les États-Unis aient été recueillies systématiquement pendant plus de vingt ans et qu'elles se comparent à des données similaires obtenues pour d'autres industries manufacturières aux États-Unis comme au Canada, elles peuvent sous-estimer l'importance de la recherche et du développement. Cela provient des méthodes utilisées : on a pris les sociétés dans leur ensemble et non les établissements individuels des sociétés. Les dépenses consacrées à la recherche et au développement de même que les ventes des entreprises du secteur pharmaceutique comprennent donc toutes les activités des sociétés. Étant donné que les activités de recherche et développement sont en général plus importantes dans les divisions pharmaceutiques, le rapport global entre les dépenses consacrées à ces activités et aux ventes en sous-estime l'importance relative dans l'industrie pharmaceutique.

Les données obtenues de la *Pharmaceutical Manufacturers Association* (*PMA*) des États-Unis confirment l'évolution illustrée au graphique 5.2. Après avoir oscillé entre 10,3 et 12,1 pour cent entre 1965 et 1981, le rapport des

Graphique 5.2

Comparaison des frais de recherche et de développement sous forme de pourcentage des ventes dans l'industrie des produits pharmaceutiques : Canada et États-Unis, 1967-1982



dépenses de la recherche et développement sur les ventes augmente brusquement durant les trois dernières années : de 12,1 pour cent en 1981 à 13,8 pour cent en 1982, puis 14,4 pour cent en 1983.

Pour pouvoir établir des comparaisons à l'aide de ces données, il faut les ajuster pour tenir compte des ventes à l'étranger. Étant donné que les entreprises qui ont fait l'objet de cette enquête ont réalisé, en 1982, des ventes de l'ordre de 15 milliards de dollars aux États-Unis même et de l'ordre de 25,6 milliards de dollars dans le monde, le rapport susmentionné de 13,8 pour cent devrait, pour être exact, être diminué de 8,1 pour cent. Cette correction étant faite, la valeur estimative de 7,2 pour cent pour 1982 qui ressort du graphique 5.2 semble trop basse, mais pas autant qu'elle ne semble à première vue.

Les dépenses de recherche et développement consacrées aux médicaments d'ordonnance, aux médicaments en vente libre et aux médicaments vétérinaires et aux ventes, tant par l'entremise du *National Health Service* que des exportations, sont disponibles pour le Royaume-Uni pour certaines années depuis 1953.[1] Cette année-là, la proportion des dépenses de recherche et développement par rapport aux ventes était de 3,4 pour cent; elle est passé à 5,1 pour cent en 1960, à 7,9 pour cent en 1970, à 9,5 pour cent en 1975 et à 13,6 pour cent en 1980. Cette augmentation rapide des activités de recherche et développement est sans aucun doute fortement liée aux incitations importantes à l'investissement et à la recherche au Royaume-Uni que comporte le *Prescription Price Regulation Scheme* (*PPRS*) et également à l'entrée du Royaume-Uni dans la Communauté économique européenne.

Le rapport annuel des trois plus importantes entreprises pharmaceutiques suisses renferme des données sur les dépenses de recherche et développement.[2] Chez Hoffmann-La Roche, les dépenses totales de recherche et développement par rapport aux ventes étaient de 13 pour cent en 1982 et de 13,2 pour cent en 1983. Les produits pharmaceutiques représentaient 41,8 pour cent des ventes totales en 1983. Chez Ciba-Geigy, la proportion des dépenses que le groupe a affectées à la recherche et au développement par rapport aux ventes a varié entre 7,5 et 8,5 pour cent entre 1974 et 1983. Cette proportion a atteint un sommet à 8,5 pour cent en 1978, en 1982 et en 1983. Les produits pharmaceutiques représentaient environ 30 pour cent des ventes totales de Ciba-Geigy en 1983. Chez Sandoz, la proportion entre des dépenses de recherche et développement par rapport aux ventes varie entre 8 et 9 pour cent depuis 1974. Elle s'établissait à 8 pour cent en 1983 et pour les trois années précédentes. Les produits pharmaceutiques représentaient 47 pour cent des ventes du groupe Sandoz en 1982 et en 1983.

Les données dont nous disposons pour vingt des plus importantes entreprises japonaises en 1983 et 1984 indiquent que la part des dépenses de la

---

[1] *Scrip*, «The Pharmaceutical Market in the United Kingdom» (février 1982)

[2] Rapports annuels de Ciba-Geiby, Hoffmann-La Roche et Sandoz pour 1983

recherche et du développement s'établissait à 8,3 pour cent des ventes.[3] Les données obtenues pour certaines entreprises d'Allemagne de l'Ouest indiquent un niveau de l'ordre de 12,4 pour cent en 1979.[4] En Italie, ce rapport était de 6,4 pour cent en 1983.[5]

Une publication récente de *Scrip*, intitulée *Pharmaceutical Companies: League Tables, 1982-83*, donne le rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes pour plusieurs autres pays. En résumé, cette proportion est de 11,5 pour cent des ventes pour 65 entreprises regroupant des sociétés à vocation entièrement pharmaceutique et les divisions pharmaceutiques d'entreprises diversifiées. Le niveau correspondant pour les 118 entreprises pharmaceutiques pour lesquelles nous ne disposons que de données globales est de 5,1 pour cent. La part moyenne pondérée pour les 183 entreprises regroupées s'établit à 5,6 pour cent. On remarque encore ici que le fait de réunir les dépenses de recherche et développement et les ventes de toutes les divisions d'une entreprise a pour effet de diminuer l'importance relative des dépenses estimatives consacrées à la recherche et au développement.

Pour plusieurs grandes entreprises, les données relatives aux divisions pharmaceutiques et à l'ensemble des divisions sont disponibles. Le rapport calculé pour la division pharmaceutique n'est pas toujours plus élevé que celui calculé pour l'ensemble de l'entreprise; en fait, chez E. Merck, B. Ingelheim et Lek, le rapport calculé pour la division pharmaceutique est inférieur à celui de l'ensemble de la compagnie. Pour d'autres entreprises, les proportions sont semblables. En général, la proportion établie pour la division pharmaceutique dépasse largement toutefois celle de l'ensemble de l'entreprise.

Bien que les ressources consacrées à la recherche et au développement par les entreprises pharmaceutiques varient suivant les pays, il semble que ces dépenses sont sensiblement plus élevées dans les cinq pays où la grande majorité des entreprises pharmaceutiques de calibre international ont leur siège social. Les niveaux relevés au Canada sont similaires à ceux d'autres pays de taille semblable et ayant à peu près le même niveau de vie, mais où l'économie n'est pas caractérisée par une industrie pharmaceutique aussi forte. Il y a bien sûr d'autres pays offrant de grandes possibilités pour la mise en marché de produits pharmaceutiques et de médicaments, où il se fait nettement moins de recherche et développement qu'au Canada.

La part des dépenses de recherche et développement par rapport aux ventes mondiales, d'après des sources disparates provenant de diverses entreprises dans différents pays, serait de l'ordre de 6 pour cent. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé dans les pays qui ont une industrie pharmaceutique de premier plan, comme il a été mentionné plus tôt. Il est de l'ordre de 7,2

---

[3] *Scrip*, nº 914 (16 juillet 1984), p. 16

[4] *Pharadata 1983*, Association des fabricants de produits pharmaceutiques de la République Fédérale d'Allemagne

[5] *Scrip*, nº 945 (31 octobre 1984), p. 9

à 8,1 pour cent aux États-Unis, de 13 à 14 pour cent au Royaume-Uni, de 12,4 pour cent en Allemagne de l'Ouest, de 8,3 pour cent au Japon, de 9,5 pour cent en Suisse et de 6,4 pour cent en Italie.

Étant donné la forte présence des entreprises américaines sur le marché canadien et celle moins grande, mais importante d'entreprises anglaises, suisses et allemandes, il est possible de faire une estimation pondérée des dépenses de recherche et développement associées à la vente de produits pharmaceutiques et de médicaments au Canada, à 10 pour cent. En d'autres mots, les entreprises dont les ventes constituent le marché au Canada consacrent à la recherche en moyenne 10 pour cent de la valeur des ventes qu'elles réalisent dans le monde. Les entreprises concentrent ces activités dans le pays où elles sont établies ou dans l'un des quatre pays susmentionnés.

Même un rapport de 6 pour cent indiquerait que l'industrie pharmaceutique, à l'échelle internationale est l'un des secteurs qui consacrent le plus de ressources à la recherche et au développement. Au Canada, un rapport de 4 pour cent indique également que notre industrie pharmaceutique consacre une proportion relativement élevée de ses ressources à la recherche et au développement.

Sources des nouveaux produits pharmaceutiques

Cette partie aborde le rôle joué par les entreprises dominantes dans une catégorie thérapeutique dans l'introduction de nouveaux produits de cette catégorie. En établissant si ces entreprises sont les principaux fournisseurs de nouveaux produits, il devrait être plus facile de déterminer dans quelle mesure elles ont recours à des stratégies de recherche et développement et à l'introduction de nouveaux produits pour consolider et augmenter leur part du marché. Cette démarche peut jeter un peu de lumière sur la nature et le degré de spécialisation des entreprises dans des catégories particulières de produits pharmaceutiques et, par conséquent, sur l'importance et les répercussions éventuelles de la spécialisation des activités de recherche et développement.

Le tableau 5.8 donne les résultats d'une analyse de la source des nouveaux produits dans quatorze catégories thérapeutiques et pour l'ensemble du marché des médicaments d'ordonnance, entre 1964 et 1975, entre 1964 et 1969 et entre 1970 et 1975. Les nouveaux produits mis sur le marché dans chacune de ces catégories sont classés selon qu'ils proviennent d'une des dix plus importantes entreprises dans cette catégorie, de toute entreprise qui fabrique des médicaments dans cette catégorie ou d'entreprises qui au début de la période retenue ne fabriquaient pas de médicaments dans cette catégorie.

Environ 42 analgésiques d'ordonnance ont été mis sur le marché au cours de cette période de douze ans. De ce nombre, 31 pour cent l'ont été par l'une ou l'autre des dix plus importantes entreprises pharmaceutiques dans cette catégorie thérapeutique en 1964, 62 pour cent par toutes les entreprises

Tableau 5.8

Source des nouveaux produits sur le marché des médicaments d'ordonnance suivant les catégories thérapeutiques principales et le rang occupé la première année, au Canada, entre 1964 et 1969, entre 1970 et 1975 et entre 1964 et 1975

Catégorie thérapeutique	1964-1969				1970-1975				1964-1975			
	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10* principales entreprises dans la catégorie	% provenant de toutes les entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises hors de la catégorie	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10* principales entreprises dans la catégorie	% provenant de toutes les entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises hors de la catégorie	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10* entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises dans la catégorie	% d'entreprises hors de la catégorie
Analgésiques de prescription ou contrôlés	25	28	52	48	17	35	82	18	42	31	62	38
Antibiotiques: large et moyen spectre	23	48	52	48	29	55	69	31	52	46	56	44
Antibiotiques: par voie orale et autres pénicilines	11	64	64	36	14	57	71	29	25	48	48	52
Ataraxiques	27	48	70	30	25	28	68	32	52	38	62	38
Bronchodilatateurs	20	45	65	35	9	56	78	22	29	34	55	45
Préparations contre la toux et le rhume sur ordonnance ou contrôlées	27	52	74	26	27	59	70	30	54	39	61	39
Préparations hématiniques	11	64	100	0	10	30	70	30	21	48	76	24
Hormones sexuelles	28	43	61	39	15	60	80	20	43	44	60	40
Hormones corticostéroïdes ordinaires	18	67	72	28	18	56	67	33	36	61	64	36
Hormones corticostéroïdes en association	28	36	68	32	6	67	67	33	34	35	68	32
Autres hypotenseurs	2	50	50	50	6	17	83	83	8	25	25	75
Laxatifs d'ordonnance ou contrôlés	7	71	86	14	9	22	56	44	16	44	63	37
Vitamines	26	35	81	19	27	30	59	41	53	36	68	32
Éléments nutritifs	14	71	79	21	12	83	83	17	26	69	73	27
Total	267	48	69	31	224	47	69	31	491	47	69	31

* Rang selon la première année de la période considérée

Source : IMS Canada

fabriquant des médicaments dans cette catégorie et 38 pour cent par des entreprises qui ne fabriquaient pas de médicaments dans cette catégorie thérapeutique en 1964.

La proportion de nouveaux médicaments introduits par les dix plus importantes entreprises varie beaucoup selon la classe thérapeutique mais s'établit en moyenne à un peu moins de 50 pour cent. Environ 70 pour cent des nouveaux produits proviennent d'entreprises qui vendent déjà des médicaments de la catégorie thérapeutique en question. Enfin, un peu plus de 30 pour cent des nouveaux produits proviennent d'entreprises qui ne fabriquaient pas de produits dans la catégorie thérapeutique au début de la période à l'étude.

Les nouveaux produits qui semblent provenir principalement d'entreprises existantes appartiennent à des catégories thérapeutiques comme les préparations hématiniques et les éléments nutritifs notamment. Par contre, les nouveaux médicaments appartenant à une catégorie thérapeutique proviennent d'entreprises qui n'étaient pas représentées dans la catégorie, et comprennent d'autres hypotenseurs de même que des pénicillines orales et autres.

Les mêmes données sont reprises pour préciser le rang occupé par les entreprises dans la dernière année de la période globale dans chacune des sous-périodes étudiées. Les résultats présentés dans le tableau 5.9 sont semblables à ceux qui viennent d'être décrits plus haut sauf qu'un pourcentage plus élevé de produits proviennent d'entreprises déjà représentées dans cette catégorie. Il fallait s'y attendre; la présence et le rang dans la catégorie sont déterminés par les données pour la dernière année de chacune des périodes considérées, après l'introduction d'un produit à succès plutôt que par la situation au début de la période.

Les données sur l'origine des nouveaux produits indiqueraient une concurrence assez élevée de la part des entreprises déjà représentées dans une catégorie thérapeutique (mais ne faisait pas partie des dix plus importantes au point de vue des ventes), et de la part d'entreprises qui ne font pas partie d'une catégorie. Il semblerait également qu'il puisse y avoir, du moins pour certaines catégories thérapeutiques, une spécialisation des activités de recherche et développement, de sorte que les nouveaux produits seraient plus susceptibles de provenir d'entreprises déjà présentes dans la catégorie.

Le tableau 5.10 montre à quel point ce sont quelques-unes des grandes entreprises pharmaceutiques du monde qui s'approprient la plus grande part des nouveaux produits. Plusieurs grandes entreprises en terme de ventes (données du tableau 4.11) sont aussi très actives en recherche et développement comme en fait foi le nombre de médicaments qui font actuellement l'objet de recherches. Par exemple, neuf des dix plus importantes entreprises du point de vue de la part du marché mondial, sont également parmi les dix premières en ce qui a trait au nombre de médicaments en préparation. On peut en déduire que le rapport entre la part du marché et les efforts pour l'élaboration de nouveaux médicaments est assez étroite. Mais il y a des exceptions. Certaines entreprises occupent un rang relativement élevé par leur part du marché mais

Tableau 5.9

Source des nouveaux produits sur le marché des médicaments d'ordonnance suivant les principales catégories thérapeutiques et le rang occupé par l'entreprise dans la dernière année, au Canada, de 1964 à 1970, de 1970 à 1975 et de 1964 à 1975

Catégorie thérapeutique	1964-1969				1970-1975				1964-1975			
	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10e principales entreprises dans la catégorie	% provenant de toutes les entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises hors de la catégorie	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10e principales entreprises dans la catégorie	% provenant de toutes les entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises hors de la catégorie	Nbre de nouveaux produits	% provenant des 10e entreprises dans la catégorie	% provenant d'entreprises dans la catégorie	% d'entreprises hors de la catégorie
Analgésiques de prescription ou contrôlés	25	48	88	12	17	47	88	12	42	40	83	17
Antibiotiques: large et moyen spectre	23	39	70	30	29	59	90	10	52	44	75	25
Antibiotiques: par voie orale et autres pénicilines	11	73	100	0	14	64	93	7	25	60	84	16
Ataraxiques	27	56	85	15	25	40	76	24	52	44	67	33
Bronchodilatateurs	20	60	100	0	9	36	67	33	29	52	72	28
Préparations contre la toux et le rhume sur ordonnance ou contrôlées	27	52	81	19	27	63	78	22	34	57	72	28
Préparations hématiniques	11	64	100	0	10	60	90	10	21	62	95	5
Hormones sexuelles	28	71	93	7	15	80	100	0	43	63	91	9
Hormones corticostéroïdes seules	18	67	78	22	18	61	89	11	36	64	81	10
Hormones corticostéroïdes comb.	28	29	86	14	6	83	83	17	34	44	79	21
Autres hypotenseurs	2	50	50	50	6	100	100	0	8	88	88	22
Laxatifs d'ordonnance ou contrôlés	7	71	71	29	9	33	100	0	16	38	81	19
Vitamines	26	42	92	8	27	22	74	26	53	25	77	23
Éléments nutritifs	14	64	93	7	12	92	100	0	26	73	88	12
Total	267	54	87	13	224	56	86	14	491	50	79	21

• Rang selon la première année de la période considérée

Source : IMS Canada

Tableau 5.10

Principales entreprises pharmaceutiques dans le monde classées selon le nombre de nouveaux médicaments en élaboration, 1981 et 1982

Rang selon la part du marché en 1982	Rang: nouv. méd.		Entreprise	Nbre de médicaments de R et D	Nbre de médicaments brevetés	Nbre de médicaments sous licence
	1982	(1981)				
9	1	(1)	Roche	100	84	16
10	2	(2)	Bristol-Myers	82	44	38
3	3	(7)	Hoechst	73	63	10
1	4	(3)	Merck & Co.	72	57	15
4	5	(5)	American Home Prod.	66	52	14
15	6	(4)	Upjohn	64	54	10
8	7	(8)	J & J	56	50	6
7	8	(9)	Lilly	56	48	8
2	9	(26)	Ciba-Geigy	49	36	13
	10	(6)	Roussel Uclaf	48	24	24
			Total part. : 10 premières	666(18,9%)	512(18,5%)	154(20,3%)
11	11	(15)	Sandoz	47	40	7
12	12	(10)	Boehringer Ing.	45	39	6
	13	(20)	Rhône-Poulenc	43	28	15
14	14	(13)	Bayer	42	36	6
	15	(14)	Schering-Plough	42	33	9
	16	(12)	Meiji Seika	42	32	10
	17	(16)	Dow Chemical	41	34	7
18	18	(19)	Takeda	41	33	8
13	19	(17)	Warner-Lambert	41	27	14
20	20	(18)	Beecham	40	36	4
			Total part. : 20 premières	1090(30,9%)	850(30,7%)	240(31,7%)
5	21	(21)	SmithKline	40	29	11
6	22	(11)	Pfizer	38	32	6
	23	(28)	Syntex	36	32	4
	24	(25)	Farmitalia C-E	34	32	2
	25	(31)	Sterling Drug	34	31	3
16	26	(33)	Schering AG	34	26	8
	27	(24)	Kyowa Hakko	33	27	6
	28	(29)	Wellcome	32	28	4
	29	(27)	Fujisawa	32	24	8
19	30	(43)	Squibb	30	26	4
			Total part. : 30 premières	1433(40,7%)	1137(41,1%)	296(39,1%)
	31	(22)	Astra	29	24	5
	32	(34)	Akzo Pharma	26	25	1
	33	(32)	Sankyo	26	22	4
	34	(30)	Sanofi	26	22	4
21	35	(37)	Amer Cyanamid	25	22	3
	36	(36)	Banyu Pharma	24	9	15
	37	(51)	Degussa	22	18	4
	38	(62)	Green Cross	22	12	10
24	39	(66)	ICI	21	17	4
	40	(46)	Yamanouchi	21	14	7
			Total part. : 40 premières	1675(47,5%)	1322(47,8%)	353(46,6%)
17	41	(23)	Abbott	21	10	11
25	42	(63)	G D Searle	21	10	11
	43	(55)	Boehringer Man.	20	13	7
	44	(42)	Glaxo	19	18	1
	45	(58)	BASF	19	17	2
	46	(41)	Tanabe Seiyaku	19	17	2
	47	(40)	Yoshitomi	19	17	2
	48	(64)	Chugai	19	16	3
	49	(56)	Ono	19	15	4
	50	(65)	Teijin	18	14	4
			Total part. : 50 premières	1869(53,0%)	1469(53,1%)	400(52,8%)

Tableau 5.10 (suite)

Rang selon la part du marché en 1982	Rang : nouv. méd. 1982	(1981)	Entreprise	Nbre de médicaments de R et D	Nbre de médicaments brevetés	Nbre de médicaments sous licence
	17	(67)	SRI Internat.	17	16	1
	52	(38)	Daiichi Seiyaku	17	14	3
	53	(49)	E. Merck	17	12	5
	54	(61)	Otsuka	17	10	7
	55	(35)	Dainippon	17	9	8
	56	(45)	Shionogi	17	8	9
	57	(48)	Kaken Pharma	16	12	4
	58	(44)	Morton-Norwich	16	11	5
	59	(52)	Ajinomoto	16	9	7
	60	(50)	Chinoin	15	15	0
			Total part. : 60 premières	2034(57,7%)	1585(57,3%)	449(59,3%)
	61	(85)	Byk Gulden	15	12	3
	62	(39)	Sumitomo	15	11	4
	63	(74)	Revlon	15	8	7
	64	(54)	A.H. Robins	14	12	2
	65	(77)	Solvay	14	12	2
	66	(60)	ISF	14	11	3
	67	(53)	Eisai	14	9	5
	68	(89)	Mochida	14	6	8
	69	(71)	Elan	13	13	0
	70	(84)	SISA	13	13	0
			Total part. : 70 premières	2175(61,7%)	1692(61,1%)	483(63,8%)
	71	(83)	Pharmuka	13	12	1
	72	(68)	Taisho	13	11	2
	73	(47)	Sanraku Ocean	13	10	3
	74	(73)	Mitsubishi Chem.	13	5	8
	75	(-)	Alza	12	12	0
	76	(82)	Asahi Chemical	12	12	0
	77	(-)	Genentech	12	12	0
	78	(69)	Pierre Fabre	12	10	2
	79	(72)	Richter	12	10	2
	80	(-)	Kanebo	12	9	3
			Total part. : 80 premières	2299(65,2%)	1795(64,9%)	504(66,6%)
	81	(-)	Kay Pharma	12	8	4
	82	(70)	Toyo Jozo	12	8	4
	83	(88)	Mitsubishi Yuka	12	5	7
	84	(-)	Angelini	11	11	0
	85	(-)	KV Pharma	11	11	0
	86	(-)	Rotta Research	11	11	0
	87	(75)	Servier	11	11	0
	88	(-)	Ausonia	11	10	1
	89	(76)	Delalande	11	10	1
	90	(96)	Sigma Tau	11	8	3
			Total part. : 90 premières	2412(68,4%)	1888(68,2%)	524(69,2%)
	91	(91)	Selvi	10	10	0
	92	(78)	Du Pont	10	9	1
	93	(80)	Reckitt & Colman	10	9	1
	94	(59)	Synthelabo	10	9	1
	95	(81)	Nippon Kayaku	9	6	3
	96	(-)	Crinos	9	5	4
	97	(-)	Institut Pasteur	9	5	4
	98	(-)	Adria	9	3	6
	99	(98)	Gruenenthal	9	3	6
	100	(57)	UCB	9	2	7
			Total : 100	2506(71,7%)	1949(70,4%)	557(73,6%)

Source : *Scrip*, Nos 755 et 756 (les 20 et 22 décembre 1982), p. 23

elles se classent nettement moins bien pour l'élaboration de nouveaux médicaments. À l'opposé, certaines entreprises consacrent beaucoup trop à la recherche et au développement des ressources nettement disproportionnées, à en juger par le nombre de médicaments qu'elles sont en train d'élaborer, mais elles connaissent moins de succès compte tenu de leur part du marché mondial. Ce classement doit être interprété prudemment. Nous avons vu que les activités de recherche et développement peuvent servir à élaborer un grand nombre de médicaments similaires à d'autres qui sont déjà sur le marché, c'est-à-dire des copies. Ainsi, il faudrait dire qu'une entreprise qui consacre ses efforts à un petit nombre de nouveaux médicaments qui pourraient devenir importants, fait des recherches beaucoup plus utiles. Le classement des entreprises dans le tableau 5.10 ne permet pas ce genre de distinction.

En ce qui a trait à la provenance des nouveaux médicaments, le tableau 5.11 indique que les nouvelles substances chimiques proviennent majoritairement d'une dizaine de pays. Ces dix pays ont fourni 2 987 nouveaux produits ou 83,5 pour cent de tous les nouveaux produits en préparation en 1984. Ce sont les États-Unis, le Japon, l'Allemagne de l'Ouest, la France, l'Italie, la Suisse et le Royaume-Uni qui mènent nettement en ce qui concerne le nombre de nouveaux produits en préparation.

Dans le tableau 5.12, on obtient à peu près les mêmes résultats lorsqu'on établit le pays d'origine de tous les nouveaux produits chimiques de 1940 à 1977. Les États-Unis mènent incontestablement avec 53,4 pour cent des nouvelles substances; les autres principaux pays sont les mêmes qu'en 1984 (tableau 5.11). Fait à noter, la position dominante des États-Unis s'est affaiblie alors que celle du Japon s'est remarquablement renforcée.

Valeur thérapeutique des nouveaux produits pharmaceutiques

IMS Canada fournit une mesure des arrivages de nouveaux produits pharmaceutiques et de médicaments sur le marché canadien. Sur les 60 millions de dollars de ventes de nouveaux produits en 1984, on estime à 14,2 millions de dollars les ventes de médicaments qui étaient des nouvelles substances chimiques et à 45,8 millions celles représentant des prolongements de produits existants (comme de nouvelles formules, des nouvelles posologies et de nouveaux formats) et des nouvelles marques génériques. Ce total de 15 nouveaux produits semble élevé, il ne représentait qu'un faible pourcentage de tous les produits pharmaceutiques et médicaments vendus au Canada et moins de un pour cent de la valeur des ventes totales.

Malheureusement, il n'existe pas de source d'information permettant d'évaluer rigoureusement la valeur thérapeutique de tous les nouveaux médicaments mis sur le marché au Canada et de savoir s'il s'agit simplement d'un nouveau format ou d'une formule modifiée n'apportant pas grand avantage au patient.

Il existe cependant des données limitées concernant les États-Unis, le Royaume-Uni, la Norvège et un certain nombre d'autres pays. Par exemple, le

Tableau 5.11

Pays d'origine des nouvelles substances chimiques et élaboration : 10 premiers pays en 1984

Pays	Nbre de produits	% Dist.	Nbre de sociétés sources
États-Unis	1 013	33,9	97
Japon	619	20,7	94
RFA	321	10,7	31
France	248	8,3	30
Italie	232	7,8	54
Suisse	203	6,8	13
R.-U.	187	6,3	11
Suède	60	2,0	7
Hongrie	55	1,8	5
Espagne	49	1,6	20
Total partiel :	2 987	100,0	

Source : *Scrip*, N° 959 (19 décembre 1984), p. 40

tableau 5.13 donne le classement des nouveaux médicaments sur le marché aux États-Unis en 1982 et 1984, suivant qu'ils représentent un progrès thérapeutique important, modeste ou encore minime ou nul par rapport aux produits déjà sur le marché. Ces données indiquent clairement que la majorité des nouvelles substances approuvées en 1982 et 1984 ont été classées comme représentant un progrès thérapeutique minime ou nul par rapport aux produits déjà sur le marché. En effet, six seulement des 50 médicaments approuvés en 1982 et 1984 étaient pressentis comme des innovations thérapeutiques importantes.

Les renseignements sur la répartition des demandes pour de nouveaux médicaments (*investigational new drug status*) transmises à la *Federal Drug Administration* des États-Unis à la fin de 1982 indiquent que la proportion de loin la plus importante de ces demandes, c'est-à-dire 87 pour cent ou 802 sur 902, concerne des médicaments qui ne représentaient qu'un progrès thérapeutique minime ou nul. On a jugé que 23 médicaments seulement (2,5 pour cent) pouvaient constituer un progrès thérapeutique important.

J.P. Griffin et G.E. Diggele[6] ont effectué une évaluation similaire des demandes de licences de produits pharmaceutiques au Royaume-Uni. Parmi 103 demandes présentées entre 1973 et 1977, quatre ont été jugées réellement innovatrices, 32 ont été jugées plus ou moins innovatrices et 67 ont été jugées non innovatrices.

---

[6] Griffin, J.P. et G.E. Diggele, «A Survey of Products Licenses in the United Kingdom from 1971-1981», *British Journal of Clinical Pharmacology*, volume 12 (1981), pages 453 à 463

Tableau 5.12

Répartition des nouveaux produits chimiques simples, par pays d'introduction ont été introduits depuis 1940-1977

Rang	Pays	Nombre total de produits	Pourcentage du totalit
1	États-Unis	658,5	53,36
2	RFA	84,0	6,80
3	Suisse	78,0	6,33
4	France	70,0	5,67
5	Royaume-Uni	62,0	5,02
6	Japon	46,0	3,73
7	Italie	34,0	2,75
8	Danemark	18,5	1,50
9	Suède	18,0	1,46
10	Belgique	16,0	1,30
11	Hollande	11,0	0,90
12	Mexique	11,0	0,90
13	Autriche	6,0	0,48
14	Hongrie	4,0	0,32
15	Canada	3,0	0,24
16	Tchékoslovaquie	1,5	0,12
17	Argentine	1,0	0,08
18	Australie	1,0	0,08
19	Inde	1,0	0,08
20	Pologne	1,0	0,08
	Autres	108,5	8,80
	Total	1 234,0	100,00

Note: Le crédit de l'introduction d'un nouveau produit peut parfois être partagé entre deux pays. Le nombre total de produits inclut des produits que le pays en question a développé dans d'autres pays. Le nombre total de nouveaux produits diffère de celui qui figure dans la liste de deHaen car cette dernière comprend aussi les produits biologiques, et il y avait parfois une différence dans le calcul même.

Plusieurs autres pays qui ne se contentent pas de classer les médicaments de cette façon, refusent d'autoriser la mise sur le marché d'un nouveau produit pharmaceutique ou d'un médicament s'il existe déjà des produits de substitution sur le marché. En 1982, par exemple, les autorités norvégiennes ont refusé d'approuver quelque 30 produits pour usage chez les humains; 18 étant écartés parce qu'ils ont été jugés inutiles.

Plusieurs pays scandinaves et européens abordent le problème d'un angle un peu différent en utilisant des listes sélectives ou négatives. Bon nombre de ces pays utilisent ces listes couramment et d'autres pays se proposent de le faire parce qu'elles permettent de réduire de moitié ou même davantage le nombre de produits pharmaceutiques et de médicaments remboursés par l'État ou par des régimes d'assurance-maladie volontaires sans but lucratif.

Bien qu'il ne soit pas facile d'obtenir de l'information sur la valeur thérapeutique des nombreux produits pharmaceutiques et médicaments en

Tableau 5.13

Valeur thérapeutique prévisible des nouveaux produits chimiques approuvés et des demandes en cours, aux États-Unis, 1982 et 1984

Catégorie	Nouveaux produits chimiques approuvés				DNP pour de nouveaux produits moléculaires— reçues fin 1982	
	1982		1984			
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
A-Progrès thérapeutique important	4	14,3	2	9,1	23	2,5
B-Progrès thérapeutique modeste	5	17,9	8	36,4	97	10,5
C-Progrès thérapeutique minime ou inexistant	19	67,9	12	54,5	802	87,0
Total	28	100,0	22	100,0	922	100,0

Source: *Scrip*, N° 763 (26 janvier 1983), p. 10 et n° 969 (30 janvier 1985), p. 22

vente au Canada, surtout ceux qui viennent d'arriver sur le marché, le caractère mondial du marché donne à penser que l'expérience de ces pays caractérise probablement le marché canadien. Cette expérience indique qu'une forte proportion des produits pharmaceutiques ou des médicaments issus de la recherche et du développement n'ont pas une meilleure valeur thérapeutique que les produits qui sont déjà sur le marché.

Si ces «clones» étaient lancés pour concurrencer des produits existants à des coûts minimes ou nuls en recherche et développement, ils favoriseraient un marché concurrentiel. Mais il n'est pas sûr que l'élaboration et la mise sur le marché de ces produits puissent se faire à moindre coût que la création et la mise sur le marché d'un médicament innovateur.

En dépit du fait que la majorité des nouveaux médicaments n'ont qu'une valeur thérapeutique minime ou nulle par rapport à ceux qui existent déjà, certains médicaments connus et nouveaux représentent un progrès thérapeutique important. Certains d'entre eux ont une valeur qu'il est difficile d'estimer précisément mais qui, de l'avis général, est énorme. Il est difficile d'attribuer le déclin d'une maladie particulière à l'introduction d'un certain médicament ou d'une catégorie de médicaments étant donné le nombre de facteurs qui influence sur l'état de santé, y compris des facteurs qui ne sont pas directement liés au domaine de la santé et étant donné le nombre de maladies qui touchent une population selon des cycles de plusieurs années, ou même de plusieurs dizaines d'années. Mais il vaut au moins la peine de décrire brièvement le lien étroit qui existe depuis quelques dizaines d'années entre les médicaments et la fréquence et la gravité de maladies, lien que d'aucuns jugent de cause à effet.

Maladies transmissibles à déclaration obligatoire. La diminution de la gravité de la scarlatine et de l'angine à streptocoques est fortement reliée à l'introduction des sulfamides et des autres antibiotiques. L'incidence de ces maladies a considérablement diminué entraînant du même coup la disparition presque totale des décès qui y étaient attribuables. Il en est à peu près de même pour la tuberculose. La pasteurisation du lait semble avoir joué un rôle important dans la diminution de l'incidence de cette maladie mais la diminution du nombre de décès est probablement due surtout à l'introduction de médicaments comme la streptomycine, l'acide para-amino-salicylique et l'isoniazide.

Les maladies vénériennes constituent un autre exemple d'un succès remporté par des médicaments. Dans ce cas précis, et malgré une augmentation importante des incidences (présumément à cause des nouvelles mœurs), le taux de mortalité par rapport à la population et par cas a diminué au point d'être devenu négligeable. Le crédit en va surtout au salvarsan et à la pénicilline.

L'arrivée des vaccins et des antibiotiques est également en grande partie responsable de la diminution de la gravité de maladies comme la diphtérie, la fièvre typhoïde et la fièvre paratyphoïde, de même que la coqueluche. Ces médicaments ont aussi facilité la prévention de sorte que la fréquence de ces maladies a aussi fortement diminué.

Le cas de la poliomyélite est probablement l'un des meilleurs exemples de la façon dont la découverte d'un médicament a permi de prévenir une maladie. L'introduction des vaccins Salk et Sabin ont permis de prévenir presque tous les cas de polio. Il est maintenant possible de prévenir presque complètement cette maladie si la population accepte de se faire vacciner au moment approprié.

Santé mentale. Les résultats sont moins clairs lorsqu'on considère le rapport entre les médicaments d'ordonnance et la diminution du pourcentage de la population internée pour troubles mentaux. Il semble bien que des médicaments comme la chlorpromazine et la réserpine ont permis de traiter d'importants groupes de malades mentaux sans qu'il soit nécessaire de les interner. Les frais directs des hôpitaux pour malades mentaux diminuent nettement du moins en première analyse. Toutefois, ces changements sont tellement récents qu'il n'est pas encore possible d'en évaluer toutes les répercussions à long terme sur la santé mentale des malades traités.

Maladies respiratoires. Les antibiotiques sont également responsables d'un autre grand succès. La grippe et la pneumonie restent toujours des maladies graves, mais le taux de décès qui leur sont attribuables diminue régulièrement depuis 1950. Ce phénomène s'applique également à l'ensemble des maladies respiratoires.

Hypertension. Le taux de mortalité dû à l'hypertension, si l'on fait exception des cardiopathies, a beaucoup diminué depuis 1950. Encore là, ce phénomène peut être associé à l'introduction de médicaments comme l'hexaméthonium, l'hydralazine, la rauwolfine et la méthyldopa.

Cardiopathies. Parmi les principales causes de décès, les cardiopathies ont ceci de particulier qu'elles sont la plus fréquente et qu'elles diminuent régulièrement depuis vingt ans. Cela contraste avec le cancer et les accidents pour lesquels le taux de mortalité normalisé en fonction de l'âge augmente pour l'un ou demeure relativement stable pour les autres. Les médicaments utilisés pour traiter l'appareil cardiovasculaire, surtout ceux qu'on appelle «bêtabloquants», joueraient un rôle de premier plan dans la diminution des décès causés par les cardiopathies.

La diminution de ce taux de mortalité entraîne aussi une augmentation de l'espérance de vie. Étant donné que les décès causés par des cardiopathies constituent une proportion si importante du nombre total de décès, leur diminution se traduit directement par une augmentation de l'espérance de vie. Associé à l'âge depuis au moins 1956, ce phénomène peut être un corollaire de l'utilisation de médicaments comme des médicaments contre les troubles cardiovasculaires. Comme l'indique le tableau 3.11 du chapitre 3, les personnes de plus de 45 ans et surtout celles de plus de 65 ans, en font une forte consommation.

Résultats fâcheux

Comme presque tout ce qui se rapporte à la santé, l'utilisation de médicaments, y compris les médicaments qui constituent un progrès thérapeutique important, comporte certains risques. Presque tous les pays évolués ont un système permettant de signaler les effets secondaires des médicaments nouveaux ou sur le marché depuis un certain temps. Les effets secondaires de l'utilisation généralisée des médicaments existants sont connus et acceptés parce que les avantages prévus dépassent en moyenne les inconvénients. Dans le cas des nouveaux médicaments, les effets secondaires sont notés et à mesure que les nouvelles données s'accumulent, la description du médicament ainsi que les états pathologiques auxquels il est destiné peuvent être changés.

En plus des effets secondaires, il y a des situations fâcheuses associées à la distribution et à l'utilisation du médicament, les plus connues étant les erreurs qui se produisent dans l'administration des médicaments en milieu hospitalier. L'amélioration des procédures dans les hôpitaux et des méthodes d'emballage et d'étiquetage par les fabricants pourraient certes contribuer à réduire ces «mésaventures».

Intégration verticale et horizontale

La question de l'instabilité des parts du marché et de la dépendance des entreprises vis-à-vis les ventes d'un seul ou de quelques produits seulement, abordée au chapitre 4, ainsi que la nature des activités de recherche et développement abordée ci-dessus, laissent croire que les entreprises ne peuvent réussir que si elles parviennent à étaler les risques. Cet étalement, qui peut prendre plusieurs formes, peut se manifester par une intégration horizontale de type géographique permettant à une société pharmaceutique de tenter, dans une certaine mesure, d'établir des divisions ou des filiales de la société mère sur le marché mondial. L'intégration horizontale peut également prendre la forme d'une diversification hors du secteur pharmaceutique. Les risques inhérents aux activités de recherche et développement et de commercialisation des nouveaux produits incitent fortement les entreprises pharmaceutiques à s'intégrer verticalement. De plus, la nature du marché final et l'instabilité d'une demande parfois volatile pour un produit particulier peut aussi inciter les entreprises à se livrer à des activités très diverses.

Intégration horizontale géographique

La croissance et le développement de l'industrie pharmaceutique mondiale est essentiellement le fait de sociétés multinationales des produits pharmaceutiques ou de compagnies connexes comptant un grand nombre de filiales partout dans le monde. Le tableau 5.14 présente des données sur les 58 principales entreprises classées selon leurs ventes de produits pharmaceutiques en 1975. Dans leur ensemble, ces entreprises dont le siège social est généralement aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Japon, en Suisse et en France, sont bien implantées dans presque tous les pays développés et dans plusieurs pays en développement. Une quarantaine de ces 58 entreprises figurent parmi les principales entreprises pharmaceutiques au Canada.

On peut aussi se faire une idée de l'impact de ces multinationales en examinant la proportion de la production attribuable aux entreprises installées dans ces pays. Le tableau 5.15 par exemple, indique que la proportion de la production attribuable aux entreprises du pays même est assez élevée aux États-Unis, en Allemagne de l'Ouest, au Japon, en Suisse et en France. Ces pays comptent un nombre démesurément élevé de sièges sociaux de grandes sociétés pharmaceutiques. Toutefois, ces entreprises locales approvisionnent moins de 50 pour cent du marché intérieur de 17 des 25 pays énumérés et pour 11 d'entre eux, cette proportion ne dépasse pas 25 pour cent.

Il semble donc évident que l'intégration géographique des entreprises pharmaceutiques est assez importante.

Intégration horizontale des produits

Le tableau 5.14 indique également qu'il y a intégration horizontale par rapport aux types de produits. En 1975, les ventes de produits pharmaceutiques

Tableau 5.14

Importance et nationalité des principales multinationales pharmaceutiques

Classement en 1975	Entreprise	Origine	Ventes totales des sociétés (en millions $US)							Ventes de produits pharmaceutiques en % des ventes totales des sociétés			Ventes de produits pharmaceutiques (millions de $US)			% des ventes totales mondiales	
			1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1975	1977	1979	1975	1978	1979	1975	1978
1	Hoechst	RFA	8 520	9 333	10 042	12 068	14 785	16 481	15 292	14	16	16	1 193	2 200	2 300	3,14	3,8
2	Hoffmann-La Roche	S	1 847	2 047	2 291	2 728	3 123	3 496	3 461	56	51	44	1 034	1 380	1 374	2,72	2,4
3	Ciba-Geigy	S	3 510	3 797	4 152	5 029	5 950	7 113	7 061	29	28	28	1 018	1 355	1 595	2,68	2,4
4	Merck	É.-U.	1 490	1 662	1 724	—	2 385	2 734	2 929	67	84	84	998	1 355	2 004	2,63	2,4
5	Foremost-McKesson	É.-U.	2 378	—	—	—	—	—	—	39	—	—	928	—	—	2,44	—
6	American Home Prod.	É.-U.	2 258	2 472	2 685	—	3 401	3 798	4 131	38	39	43	858	1 279	1 448	2,26	2,2
7	Pfizer	É.-U.	1 665	1 888	2 032	—	2 746	3 029	3 249	50	50	52	833	1 193	1 430	2,19	2,1
8	Sandoz	S	1 522	1 644	1 993	2 420	2 673	2 926	2 946	53	48	48	806	1 242	1 289	2,12	2,2
9	Bayer	RFA	7 273	8 298	9 220	11 392	14 196	15 881	14 985	11	13	13	800	1 890	1 850	2,11	3,2
10	Warner-Lambert	É.-U.	2 172	2 349	2 543	—	3 217	3 479	3 379	35	40	32	780	971	1 045	2,00	1,7
11	Boehringer Ingelheim	RFA	709	884	713	878	1 016	1 148	1 018	100	77	77	709	1 027	1 092	1,87	1,8
12	Eli Lilly	É.-U.	1 234	1 341	1 518	—	2 206	2 559	2 773	57	53	45	703	1 063	1 003	1,85	1,9
13	Akzo	P.-B.	3 869	4 069	4 253	4 983	5 992	6 272	5 826	18	11	—	696	—	—	1,83	—
14	Bristol-Myers	É.-U.	1 828	1 986	—	—	2 753	3 158	3 496	35	30	34	640	745	946	1,68	1,3
15	Upjohn	É.-U.	891	1 026	1 134	—	1 508	1 760	1 898	69	66	63	615	859	956	1,62	1,5
16	Squibb	É.-U.	1 111	1 215	1 341	—	1 783	1 846	1 846	54	50	50	600	723	900	1,58	1,3
17	Richardson-Merrell	É.-U.	659	746	836	—	1 090	1 212	1 291	88	28	—	580	—	—	1,53	—
18	Schering-Plough	É.-U.	793	872	941	—	1 434	1 740	1 808	73	63	53	579	690	757	1,52	1,2
19	Rhône-Poulenc	Fr.	4 184	4 554	4 805	5 655	7 944	7 155	6 649	13	13	16	544	907	1 242	1,43	1,6
20	Sterling Drug	É.-U.	957	1 096	1 184	—	1 501	1 701	1 792	56	14	58	536	861	768	1,41	1,2
21	Takeda	Japon	924	1 033	1 084	1 360	1 939	1 916	2 081	57	65	59	527	1 062	1 092	1,39	1,9
22	Glaxo	G.-B.	784	819	836	994	1 080	1 379	1 626	65	72	68	510	670	955	1,34	1,2
23	Beecham	G.-B.	1 267	1 203	1 250	1 558	1 792	2 243	2 795	38	36	31	481	635	711	1,27	1,1
24	Roussel Uclaf	Fr.	725	—	—	—	—	—	—	63	48	—	457	—	—	1,20	—
25	Wellcome	G.-B.	476	560	582	710	847	996	1 101	95	65	—	452	—	—	1,19	—
26	Baxter Labs	É.-U.	564	681	844	—	1 191	1 374	1 503	80	42	—	451	—	—	1,19	—
27	Cyanamid	É.-U.	1 928	2 094	2 412	—	3 187	3 455	3 649	21	20	—	405	—	—	1,07	—
28	Abbott Labs	É.-U.	941	1 085	1 245	—	3 187	3 455	3 649	40	47	49	376	680	830	0,99	1,2
29	Searle	É.-U.	712	1 085	1 245	—	984	1 082	1 049	43	51	—	306	—	—	0,81	—
30	Dow Chemical	É.-U.	4 888	—	—	—	—	—	—	6	5	—	293	—	—	0,77	—

Tableau 5.14 (suite)

Importance et nationalité des principales multinationales pharmaceutiques

Classement en 1975	Entreprise	Origine	Ventes totales des sociétés (en millions $US)							Ventes de produits pharmaceutiques en % des ventes totales des sociétés			Ventes de produits pharmaceutiques (millions de $US)			% des ventes totales mondiales	
			1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1975	1977	1979	1975	1978	1979	1975	1978
31	SmithKline	É.-U.	589	674	780	—	1 351	1 772	1 785	48	53	64	283	671	862	0,74	1,2
32	Astra	Suède	311	—	—	—	—	—	—	69	73	—	215	—	—	0,57	—
33	Syntex	É.-U.	246	—	—	—	—	—	—	70	69	—	172	—	—	0,45	—
34	Montedison	Italie	5 429	5 826	6 184	6 875	8 199	9 104	7 945	3	8	—	163	—	—	0,43	—
35	Rorer-Amchem	É.-U.	272	—	—	—	—	—	—	58	—	—	158	—	—	0,42	—
36	Morton-Norwich	É.-U.	538	—	—	—	—	—	—	29	—	—	156	—	—	0,41	—
37	Miles Labs	É.-U.	414	—	—	—	—	—	—	36	—	—	149	—	—	0,39	—
38	Banyu	Japon	145	—	—	—	—	—	—	100	—	—	145	—	—	0,38	—
39	Yamanouchi	Japon	169	—	—	—	—	—	—	85	—	—	143	—	—	0,38	—
40	ICI	G.-B.	—	—	—	—	—	—	—								
41	Johnson & Johnson	É.-U.	543	—	—	—	—	—	—	24	18	—	130	608	760	0,34	1,1
42	S. N. Pét. d'Aquitaine	Fr.	892	—	—	—	—	—	—	13	—	—	16	—	—	0,31	—
43	Fisons	G.-B.	481	443	481	631	847	927	—	23	—	—	110	—	—	0,29	—
44	Chemie Linz	Autr.	436	—	—	—	—	—	—	23	—	—	100	—	—	0,26	—
45	Pechiney-Uguine	Fr.	1 084	—	—	—	—	—	—	9	—	—	98	—	—	0,26	—
46	Sumitomo	Japon	1 620	—	—	—	—	—	—	6	—	—	97	—	—	0,26	—
47	Asahi Chemical	Japon	1 545	—	—	—	—	—	—	6	—	—	93	—	—	0,24	—
48	Am.Hospital Supply	É.-U.	1 143	—	—	—	—	—	—	8	—	—	92	—	—	0,24	—
49	Degussa	RFA	877	—	—	—	—	—	—	10	—	—	88	—	—	0,23	—
50	UCBSA	Belg.	420	—	—	—	—	—	—	20	—	—	84	—	—	0,22	—
51	ICN Pharm.	É.-U.	108	—	—	—	—	—	—	73	—	—	79	—	—	0,21	—
52	Taisho	Japon	169	—	—	—	—	—	—	40	—	—	68	—	—	0,18	—
53	A.H. Robins	É.-U.	241	—	—	—	—	—	—	27	69	—	65	—	—	0,17	—
54	Marion Labs	É.-U.	84	—	—	—	—	—	—	69	—	—	58	—	—	0,15	—
55	Reckitt & Coleman	G.-B.	639	—	—	—	—	—	—	9	—	—	58	—	—	0,15	—
56	BASF	RFA	8 208	—	—	—	—	—	—	0,7	2	—	58	—	—	0,15	—
57	Dart Industries	É.-U.	387	—	—	—	—	—	—	7	—	—	27	—	—	0,07	—
58	Kali Chemie	RFA	337	—	—	—	—	—	—	7	—	—	24	—	—	0,06	—
													22 856			60,2	

Sources : Surest Pradhan, *International Marketing of Pharmaceuticals*, 1983; IT&C — *Chemical Age*, 23 juillet 1976; OCDE, *An Industry Like No Other*, Pharma Information, 1982

Tableau 5.15

Part du marché pharmaceutique détenue par les entreprises autochtones dans 25 pays, entre 1975 et 1985

Pays	Estimation 1975	Prévision 1985
Argentine	30%	32%
Australie	15	20
Belgique	10	12
Brésil	15	20
Canada	15	18
France	55	45
Inde	25	30
Indonésie	15	20
Iran	25	32
Italie	40	45
Japon	87	77
Mexique	18	20
Pays-Bas	40	40
Nigéria	3	10
Philippines	35	35
Arabie Saoudite	0	10
Afrique du Sud	40	40
Espagne	55	45
Suède	50	43
Suisse	72	68
Royaume-Uni	40	45
États-Unis	85	73
URSS	100	100
Vénézuéla	12	17
RFA	65	60

Source : Leif Schaumann, *Pharmaceutical Industry Dynamics and Outlook to 1985* Health Industry Research Departments—Stanford Research Institute, Menlo Park, (Californie), 1976, p. 13. Note : Les entreprises établies au pays sont définies comme celles dont les établissements ou les intérêts sont possédés par le pays en question dans une proportion de plus de 50 pour cent.

constituaient 50 pour cent ou plus des ventes totales pour 24 des 58 entreprises figurant au tableau. En d'autres termes, pour plus de la moitié des entreprises considérées, plus de la moitié des ventes concernaient des produits autres que des produits pharmaceutiques et des médicaments. Il en est de même pour les dix plus grandes entreprises. Les ventes de produits pharmaceutiques ont constitué 50 pour cent ou plus des ventes en 1975 pour quatre d'entre elles seulement. En 1979, on ne comptait plus que deux de ces entreprises importantes pour lesquelles les produits pharmaceutiques constituaient 50 pour cent ou plus des ventes.

Ces activités dans d'autres secteurs manufacturiers correspondent tout à fait à la situation qui prévalait aux débuts de l'industrie pharmaceutique.

Souvent, les entreprises devenaient des fabricants importants de produits chimiques, de colorants et de denrées alimentaires. Plusieurs parmi les premières entreprises pharmaceutiques sont demeurées actives dans ces autres secteurs.

Plus récemment, certaines des plus grandes entreprises pharmaceutiques multinationales au monde, comme American Home Products, Warner-Lambert et Bristol-Myers, ont ajouté à leur fabrication de produits pharmaceutiques et de médicaments une gamme variée de produits de toilette, de cosmétiques et de produits d'hygiène personnelle.

La répartition géographique de trois grandes entreprises suisses présente un certain intérêt. Le groupe Ciba-Geigy produit dans 42 pays et vend dans 57 pays. Le groupe Sandoz produit dans 34 pays et vend dans 40 pays. Quant aux divisions pharmaceutiques de Hoffmann-La Roche seulement, elles ont leurs propres établissements de production dans 34 pays et elles ont recours à la sous-traitance dans 13 autres pays. Hoffmann-La Roche vend directement dans 46 pays et elle poursuit des activités de recherche et développement relatives aux produits pharmaceutiques et aux médicaments dans cinq pays. L'étendue géographique de ces trois grandes compagnies suisses illustre bien l'envergure internationale de la plupart des grandes multinationales pharmaceutiques.

Intégration verticale

L'intégration verticale de toutes les activités d'invention, de fabrication et de distribution est presque complète dans la plupart des grandes entreprises pharmaceutiques multinationales. Bon nombre de ces entreprises ont des programmes complets de recherche fondamentale et appliquée portant sur de nouvelles substances chimiques. Elles se livrent presque toutes à des essais cliniques pour démontrer l'innocuité et l'efficacité de leurs produits et pour satisfaire aux exigences réglementaires des gouvernements.

Par ailleurs, ces grandes entreprises fabriquent les ingrédients actifs des produits pharmaceutiques et des médicaments brevetés qu'elles vendent. Il semble que ces travaux de chimie fine soient faits par les titulaires eux-mêmes sauf dans certains cas, lorsque le brevet est expiré. Pour la portion du marché mondial où les brevets n'existent pas, et pour les produits pharmaceutiques et les médicaments dont les brevets sont expirés, les travaux de chimie fine sont réalisés par un assez grand nombre d'entreprises spécialisées qui ne sont intégrées ni verticalement ni horizontalement. On en retrouve un bon nombre en Italie, en Israël, en Finlande et en Hongrie.

Toutes les plus grandes entreprises pharmaceutiques s'occupent de près de la mixtion des principes actifs avec des ingrédients inactifs et des excipients, de la formule ultime de leurs produits et de leur emballage.

Elles veillent également elles-mêmes à la commercialisation et à la vente de leurs produits aux hôpitaux, aux pharmacies et aux autres organisations ou établissements de santé du pays où elles se trouvent ou aux mêmes institutions ou agences gouvernementales d'approvisionnement d'autres pays.

En ce qui concerne la vente en gros ou la distribution, les grandes entreprises pharmaceutiques n'ont pas toutes la même politique. Dans l'ensemble, toutefois, chacune s'occupe elle-même d'une certaine proportion des ventes en gros et de la distribution directe et traitent avec des revendeurs en gros qui n'ont avec elles aucun lien de dépendance.

L'intégration verticale s'arrête presque toujours au niveau du grossiste, ce qui veut dire que peu d'entreprises pharmaceutiques s'occupent directement de vente au détail à titre de propriétaire de pharmacies, d'hôpitaux ou d'autres magasins ou établissements de santé qui vendent ou délivrent des produits pharmaceutiques directement aux consommateurs ou aux patients. La principale exception à la règle concerne la compagnie Boots qui est très active dans le marché de la vente au détail.

L'intégration verticale est donc très étendue et presque complète. Lorsqu'on s'arrête à cette caractéristique de l'industrie pharmaceutique mondiale et aux données sur la provenance des nouvelles substances, aux économies d'échelle en recherche et développement et à la diminution des risques résultant de l'intégration horizontale géographique et de l'intégration des produits, on en vient à la conclusion que cette industrie a si bien su s'adapter au risque qu'elle en a éliminé une bonne part.

La caractère mondial de l'industrie pharmaceutique a comme autre effet de gêner son expansion dans un pays donné, à moins de décréter que tous les produits pharmaceutiques fabriqués et vendus dans un pays donné doivent être fabriqués par des entreprises du pays même.

La société Burstall, Dunnings and Lake réalisait récemment pour le compte de l'OCDE, une classification en trois groupes de la plupart des pays développés du monde, selon que les possibilités de développement y sont grandes, moyennes ou faibles. Les critères utilisés tiennent compte des éléments suivants :

1. le niveau de production pharmaceutique doit représenter une part importante de la production mondiale;
2. le ratio des exportations nettes par rapport à la production totale doit être significatif et positif (l'industrie pharmaceutique du pays peut combler une partie importante de la demande intérieure);
3. l'exportation nette de médicaments intermédiaires (les principes actifs);
4. une solide réputation en matière d'innovation de médicaments.

Après avoir évalué le marché mondial des produits pharmaceutiques et la nature des multinationales de cette industrie, Burstall, Dunning and Lake classe les pays de la façon suivante :

Grandes possibilités	Possibilités moyennes	Faibles possibilités
États-Unis	Italie	Canada
Allemagne de l'Ouest	Japon	Australie
Suisse	Pays-Bas	Espagne
Royaume-Uni	Suède	Norvège
France	Autriche	Finlande
	Belgique	Portugal
	Danemark	

Bien qu'il s'agisse d'un jugement sur les possibilités de développement de l'industrie pharmaceutique, il est clair, néanmoins, que les pays du troisième groupe n'y ont pas été placés arbitrairement. Il y a en effet des facteurs importants dans ces pays qui constituent des obstacles majeurs au développement de l'industrie pharmaceutique. D'autre part, un pays populeux comme le Japon, qui répond également à d'autres critères, pourrait bien passer dans la première catégorie. De même, certains pays de la Communauté européenne pourraient connaître un plus grand développement de leur l'industrie pharmaceutique si la CEE réduisait les barrières actuelles au commerce des produits pharmaceutiques.

Compte tenu de ces caractéristiques de l'industrie pharmaceutique mondiale et des entreprises qui la dominent, les possibilités d'implantation d'une nouvelle entreprise sont minces. En effet, l'arrivée d'une nouvelle entreprise ne serait probablement possible que dans les limites d'un marché national et si le gouvernement de ce pays est disposé à adopter une loi spéciale pour encourager, sinon garantir, l'implantation d'une entreprise donnée ou d'un petit groupe d'entreprises.

Résumé du chapitre

Les entreprises pharmaceutiques du Canada consacrent d'importantes ressources à la promotion des ventes. Ce faisant, elles diminuent probablement les grandes fluctuations qui affecteraient autrement la demande de certains produits. Malgré tous ces efforts, les ventes des principaux produits varient beaucoup d'une année à l'autre.

L'étude des activités de recherche et développement permet aussi de conclure que ces activités sont très importantes pour permettre aux entreprises pharmaceutiques de conserver et d'accroître leur part de l'ensemble du marché des médicaments d'ordonnance et de certains marchés secondaires. Sous ce rapport et compte tenu du très grand nombre de nouveaux produits qui ne constituent pas un progrès thérapeutique quelconque, tout indique que les entreprises se livrent à ces activités surtout dans le but de maintenir leur part

du marché plutôt que dans le but de mettre au point des médicaments qui représenteraient des innovations thérapeutiques importantes.

L'examen de l'intégration verticale et horizontale de l'industrie pharmaceutique à travers le monde permet de constater qu'elle est constituée d'entreprises assez intégrées. Les entreprises dominantes sont intégrées géographiquement et selon plusieurs gammes de produits et elles sont également intégrées verticalement de façon à couvrir presque toutes les activités allant de la découverte d'une nouvelle substance à la vente en gros du produit fini. Seule la vente finale au détail échappe habituellement aux grandes multinationales de l'industrie pharmaceutique.

Chapitre 6

Performance du marché : bénéfices

Introduction

Les bénéfices sont utiles en tant que principaux indicateurs de la performance du marché. Ceci vaut tant à l'échelon de l'entreprise considérée individuellement qu'à celui de l'industrie dans son ensemble. À l'échelon de l'entreprise, les bénéfices comparés à ceux de la moyenne de l'industrie sont probablement le meilleur indicateur du rendement de cette entreprise et de ses employés. Par exemple, si les bénéfices demeurent constamment élevés par rapport à la moyenne de l'industrie, il est habituellement possible de les attribuer au rendement et à une planification délibérée plutôt qu'à un accident.

À l'échelon de l'industrie, les bénéfices sont également un indicateur du rendement «moyen». Cependant, il faut reconnaître que les bénéfices «moyens» sont affectés par toute une gamme de facteurs. Des bénéfices excessivement élevés ou faibles peuvent davantage dénoter l'échec ou la réussite des politiques gouvernementales que la réussite collective des entreprises. De même, les bénéfices élevés ou faibles peuvent refléter les conditions du marché à court terme par opposition aux conditions à long terme et, par conséquent, ils ne provoqueront pas l'arrivée ou le départ d'entreprises dans l'industrie, comme on aurait pu le prévoir. Finalement, les bénéfices élevés ou faibles peuvent refléter les degrés relativement élevés ou faibles de risque à l'intérieur de l'industrie.

Dans le cas de l'entreprise considérée individuellement, des bénéfices constamment élevés sont l'indice d'un haut rendement. Par contraste, à l'échelon de l'industrie, il ne s'ensuit pas nécessairement que le rendement «moyen» soit meilleur lorsque les bénéfices globaux sont plus élevés, puisque ceux-ci sont conditionnés par plusieurs facteurs qui ne sont pas entièrement sous le contrôle des entreprises. Ces facteurs comprennent la demande, les conditions du marché, le risque et l'importance de la protection ou des subventions accordées aux entreprises d'une industrie en particulier, dans le cadre d'un ensemble généralement assez complexe et étendu de politiques gouvernementales à l'intérieur desquelles une industrie doit fonctionner. Sous cet angle, des bénéfices constamment élevés pendant une longue période peuvent en fait indiquer que certaines politiques gouvernementales, ou une combinaison d'entre elles, sont beaucoup trop généreuses pour les entreprises d'une industrie en particulier.

Ce chapitre vise trois objectifs. Premièrement, il décrit la rentabilité globale de l'industrie pharmaceutique au Canada et, en particulier, la stabilité des bénéfices avec le temps. Deuxièmement, il décrit la variabilité des bénéfices parmi les entreprises considérées individuellement. Troisièmement, on s'interroge sur l'importance des effets possibles de l'octroi obligatoire de licences tant sur les bénéfices de l'industrie en général que sur ceux de chacune des entreprises.

Pour atteindre ces objectifs, on a suivi une méthodologie assez simple. On a examiné plusieurs indicateurs de bénéfice pour l'industrie pharmaceutique au Canada en comparaison avec ceux de l'ensemble des industries manufacturières et de secteurs choisis en fonction de leur analogie sur le plan de la production ou de la commercialisation. On a comparé également d'une façon assez détaillée l'industrie du Canada et celle des États-Unis, et on a établi des parallèles avec d'autres pays.

Au cours de cet examen, on s'est heurté à plusieurs problèmes techniques. On manque notamment de renseignements précis sur les bénéfices des entreprises pharmaceutiques qui sont en relation directe avec la vente de produits d'ordonnance et ceux qui sont reliés aux spécialités pharmaceutiques et à la vaste gamme d'autres articles fabriqués par ces entreprises : produits de toilette et d'hygiène personnelle, produits chimiques, etc.

Un deuxième problème, relié au précédent, est posé par la fluctuation du nombre de sociétés considérées comme des fabricants de produits pharmaceutiques. Pour classer une entreprise dans une industrie en particulier, Statistique Canada s'appuie sur le groupe de produits qui représentent le pourcentage de ventes le plus élevé de cette entreprise au cours d'une année donnée. Bien que Statistique Canada essaie d'éviter les changements brusques de classification d'une année à l'autre, il est possible que des fluctuations techniques se soient produites de 1968 à 1982. En conséquence, les estimations annuelles des bénéfices ne s'appliquent pas tous les ans au même ensemble d'entreprises. Il faut noter pourtant que ce problème revêt probablement une moins grande importance pour l'industrie pharmaceutique au Canada que pour plusieurs autres industries, en raison de la nature internationale de l'industrie pharmaceutique et de la spécialisation des filiales d'entreprises étrangères dans le domaine des médicaments vendus en pharmacie.

Bénéfices de l'industrie

Cette partie utilise trois approches. Premièrement, on dégage la tendance des profits de l'industrie pharmaceutique au Canada de 1968 à 1982, selon différentes mesures de la rentabilité. Deuxièmement, on explore la rentabilité de l'industrie pharmaceutique par rapport à celle d'autres industries canadiennes. On examine également la variation des profits avec le temps ainsi que l'incidence des profits élevés sur l'augmentation possible du nombre de nouvelles entreprises dans l'industrie. Troisièmement, on compare les bénéfices réalisés au Canada à ceux relevés aux États-Unis.

Différentes mesures des bénéfices dans l'industrie pharmaceutique au Canada, de 1968 à 1982

On trouvera au tableau 6.1 et au graphique 6.1 les taux de bénéfice pour l'industrie pharmaceutique de 1968 à 1982. Chacune des quatre différentes mesures de la rentabilité, à savoir le bénéfice après impôts sur le revenu total, le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires, le bénéfice avant impôts sur le capital utilisé et le bénéfice après impôts sur le capital utilisé, donnent à peu près la même tendance des bénéfices. On peut discerner plusieurs caractéristiques générales. Premièrement, les bénéfices semblent être assez constants sur cette période de quinze ans, avec seulement deux variations importantes. La première est un léger fléchissement de la rentabilité durant les années 1976 et 1977. La deuxième variation majeure est l'augmentation marquée de la rentabilité pendant les trois dernières années, soit 1978, 1979 et 1980. Cependant, c'est plutôt la tendance à long terme qui s'est rétablie au cours des deux dernières de ces années. Il faut également remarquer la variabilité relativement faible des bénéfices indiquée par la variance et l'écart-type des bénéfices au cours de cette période, comme on peut le voir au tableau 6.1. Ceci est particulièrement vrai pour le bénéfice après impôts sur le revenu total. De même, il est intéressant de voir l'uniformité relative du nombre des sociétés, quelque 145 entreprises, classées comme appartenant principalement à l'industrie pharmaceutique au Canada. Étant donné la constance remarquable de ce nombre et la stabilité générale des bénéfices, il se pourrait bien que les variations du nombre des entreprises déclarantes soient fonction des problèmes techniques de classification notés plus haut plutôt que le résultat de l'arrivée et du départ d'entreprises dans l'industrie en réaction aux bénéfices actuels ou escomptés.

Ces tendances passées montrent que la rentabilité n'a pas diminué après les modifications de la *Loi sur les brevets* en 1969. Cependant, les bénéfices résultent de l'action d'une vaste gamme de facteurs parfois très complexes. On peut supposer que la pression à la baisse exercée sur les bénéfices par suite des modifications apportées à l'octroi obligatoire de licences aurait pu effectivement réduire les bénéfices sans l'intervention de plusieurs effets positifs compensatoires. On trouve sans doute au premier rang de ces effets l'augmentation régulière du nombre de personnes couvertes par une assurance-médicaments à tiers payant, relevant du secteur privé ou du gouvernement, et l'accroissement lent mais régulier du nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus, dont on sait que la consommation de produits pharmaceutiques est très élevée par rapport à celle des autres groupes.

Bénéfices de l'industrie pharmaceutique par rapport à d'autres industries canadiennes

Les données présentées aux graphiques 6.2 et 6.3[1] sur le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires illustrent les bénéfices relatifs de l'industrie pharmaceutique. Dans le premier de ces graphiques, l'industrie pharmaceuti-

(Voir note 1 à la page suivante.)

que est comparée à l'ensemble des industries manufacturières, à l'ensemble de l'industrie chimique ainsi qu'au secteur des produits chimiques industriels. Ces derniers, comme les produits pharmaceutiques, constituent l'une des principales sous-classes de l'industrie chimique. Au graphique 6.3, l'industrie pharmaceutique est comparée à quatre autres industries choisies : la fabrication de matériel scientifique et professionnel, les grossistes en médicaments et en produits de toilette, les pharmacies, et les fabricants de produits de toilette.[2]

Il ressort clairement du graphique 6.2 que la rentabilité de l'industrie pharmaceutique au Canada est relativement élevée et qu'elle est demeurée stable sur toute la période qui s'étend de 1968 à 1982. La rentabilité de l'industrie pharmaceutique dépasse clairement celle de toutes les industries manufacturières et également celle de l'ensemble de l'industrie chimique, sauf en 1974. Elle est relativement stable pendant les onze premières années pour s'élever ensuite brusquement pendant les quatre dernières années. De plus, on voit que les bénéfices du secteur pharmaceutique sont moins variables que ceux des autres secteurs.[3]

En ce qui concerne les industries qui ont servi de comparaison, comme on peut le voir au graphique 6.3, les bénéfices de l'industrie pharmaceutique, bien qu'ils soient relativement élevés, ne dominent nullement. Là encore, ils semblent être relativement stables.

Les autres mesures de la rentabilité donnent à peu près le même tableau de bénéfices relativement élevés et stables, comme en font foi les graphiques A6.1 à A6.4 de l'annexe pour les mêmes industries que celles des graphiques 6.2 et 6.3.

---

[1] On trouvera aux tableaux A6.1 à A6.10 de l'annexe les données détaillées sur lesquelles ces graphiques sont basés. Le premier de ces tableaux présente le nombre d'entreprises communiquant des données financières pour chacune des industries et pour chacune des années de 1968 à 1982. Dans le deuxième tableau, ces mêmes données sont présentées sous forme d'indice : le nombre d'entreprises en 1968 représente 100 et les changements ultérieurs sont représentés par des variations de l'indice au-dessus ou au-dessous 100. Les tableaux A6.3 et A6.4 présentent le bénéfice annuel après impôts sur le revenu total pour les produits pharmaceutiques dans certaines industries, pour la période de 1968 à 1982; ces mêmes données sont ensuite présentées sous forme de ratios. On donne deux séries de ratios : premièrement, les ratios déterminés en comparant les bénéfices de l'industrie pharmaceutique à ceux de chacun des sous-groupes industriels et, deuxièmement, les ratios formés en comparant les bénéfices de chaque groupe industriel, y compris l'industrie pharmaceutique, aux bénéfices de l'ensemble des industries manufacturières. Dans les paires de tableaux suivantes, des données analogues sont présentées pour chacune des trois autres mesures de la rentabilité.

[2] Ces industries sont comparables à plusieurs titres. La fabrication du matériel scientifique et professionnel exige des connaissances techniques de haut niveau voisines, tant en ce qui concerne la vente que la recherche et le développement; le matériel est vendu à des spécialistes plutôt qu'au grand public. Les commerces de gros et de détail des produits d'ordonnance et des spécialités pharmaceutiques constituent des extensions verticales du marché final de l'industrie pharmaceutique elle-même. Comme on l'a fait remarquer au chapitre 3, les produits de toilette représentent une autre gamme de produit importante de l'industrie pharmaceutique, et l'industrie des produits de toilette, fabrique des produits pharmaceutiques comme activité secondaire, après la fabrication des produits de toilette eux-mêmes. On peut donc comparer ces industries à celle des produits pharmaceutiques, tant sur le plan de la production que sur celui de la vente et de la commercialisation.

[3] On trouvera également aux tableaux A6.3 à A6.10 de l'annexe la variance et l'écart-type pour chacune des mesures du bénéfice, dans le cas de chacune des industries.

Tableau 6.1

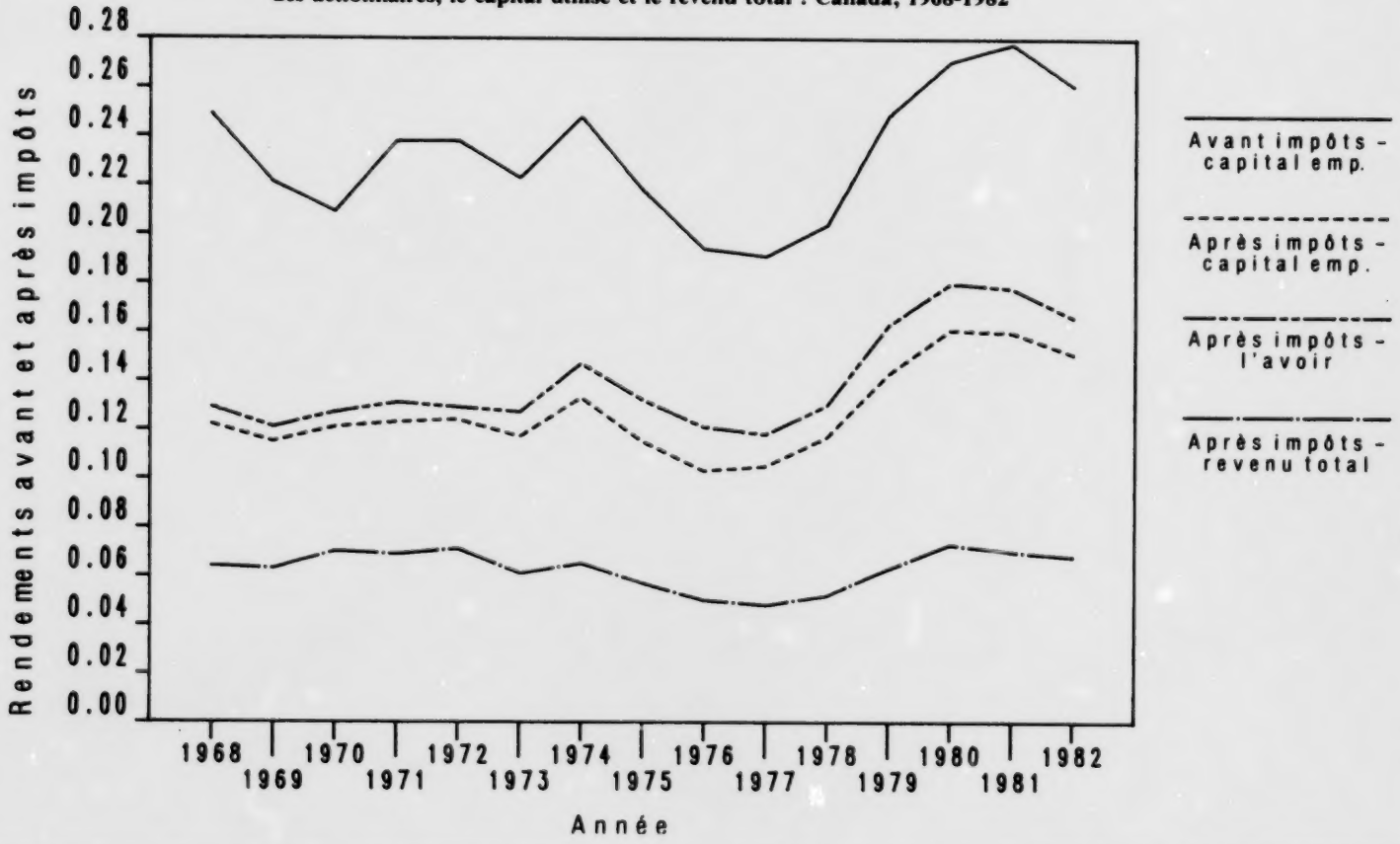
Diverses mesures des bénéfices dans l'industrie pharmaceutique : Canada, 1968-1982

Ratio/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Nombre d'entreprises déclarantes	148	142	155	134	153	154	157	152	153	140	132	134	130	150	145	145,2667	80,3289	8,9626
Bénéfice avant impôt sur le capital utilisé	,249	,221	,209	,238	,238	,223	,248	,218	,194	,191	,204	,249	,271	,278	,261	,2328	,0007	,0261
Bénéfice après impôt sur le capital utilisé	,122	,115	,121	,123	,124	,117	,133	,115	,103	,105	,117	,143	,161	,160	,151	,1273	,0003	,0178
Bénéfice après impôt sur l'avoir des actionnaires	,129	,121	,127	,131	,129	,127	,147	,132	,121	,118	,130	,163	,180	,178	,166	,1399	,0004	,0205
Bénéfice après impôt sur le revenu total	,064	,063	,070	,069	,071	,061	,065	,057	,050	,048	,052	,063	,070	,070	,068	,0629	,0001	,0077

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

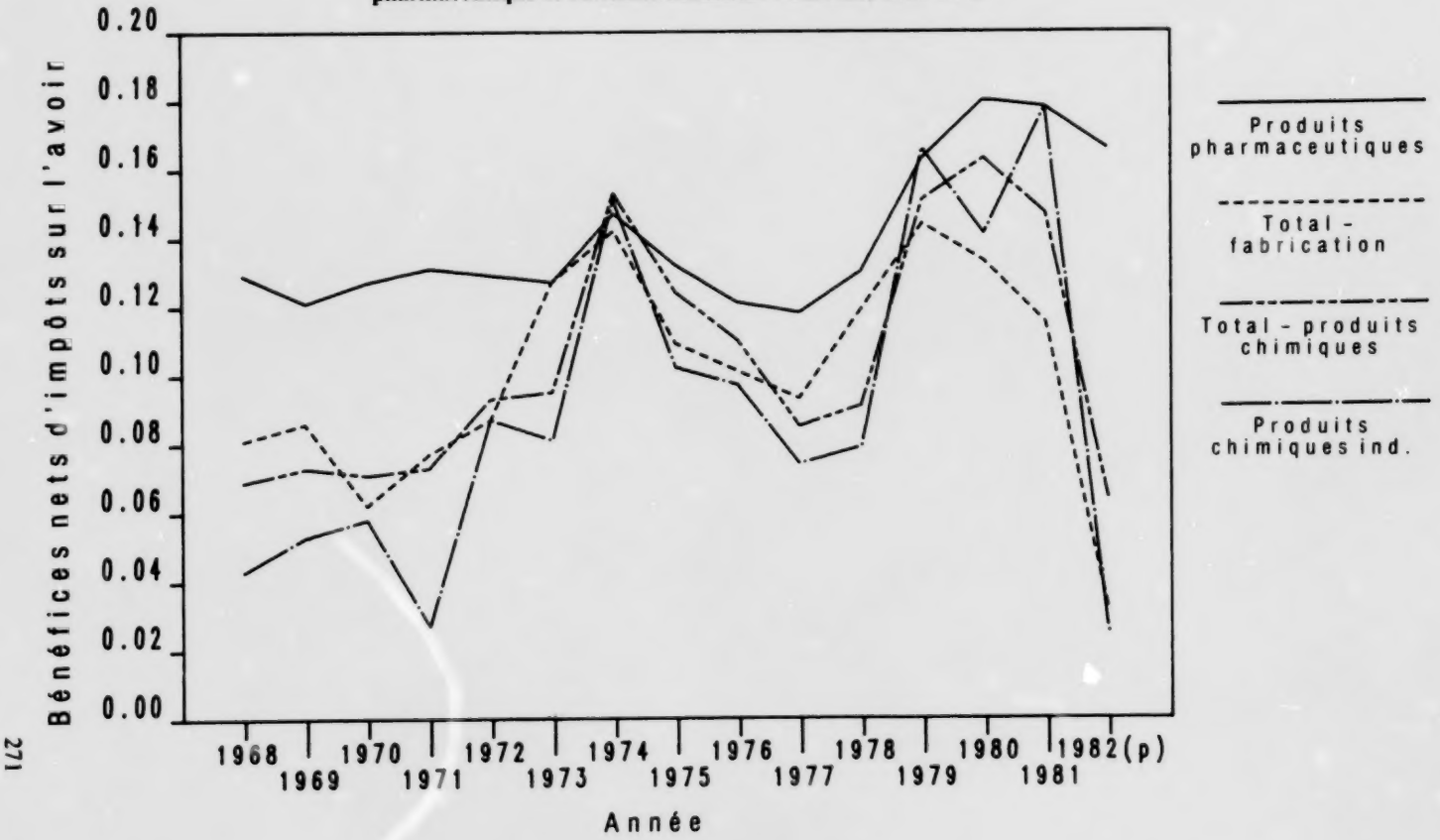
Graphique 6.1

Diverses mesures du rendement de l'industrie pharmaceutique; ratios industrie pharmaceutique/ensemble des industries manufacturières des bénéfices sur l'avoir des actionnaires, le capital utilisé et le revenu total : Canada, 1968-1982



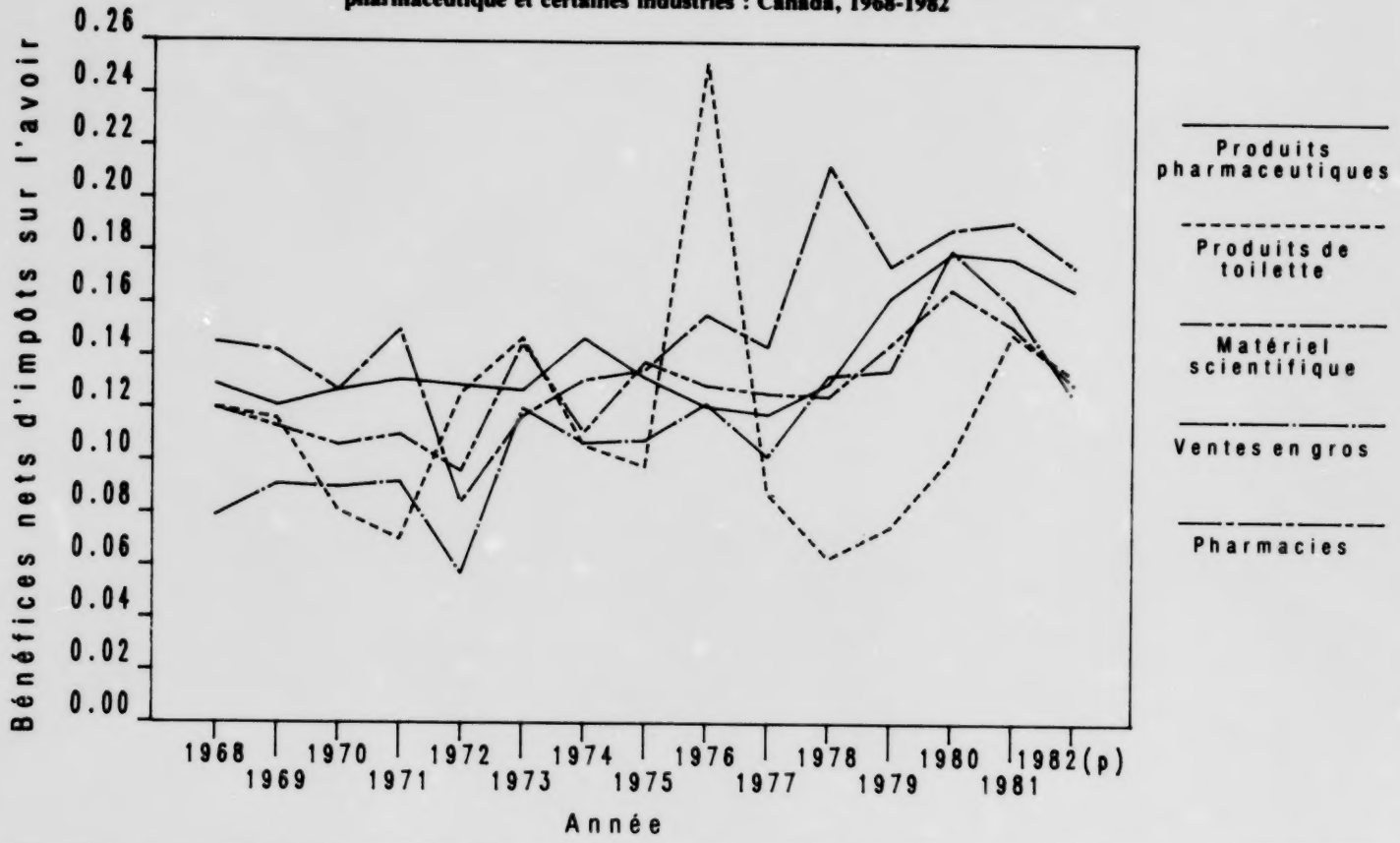
Graphique 6.2

Bénéfices après impôt sur l'avoir des actionnaires, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



Graphique 6.3

Bénéfices après impôt sur l'avoir des actionnaires, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



Malgré ces bénéfices relativement élevés et stables, le nombre des entreprises considérées comme fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments a, en fait, diminué, comme on l'a vu au chapitre 2.[4] Par contraste, le nombre des entreprises dans le domaine de la fabrication de matériel scientifique et professionnel, secteur qui se caractérise également par des bénéfices élevés, est passé de 240 à 1 042, soit une augmentation de 434 pour cent. Dans l'ensemble du secteur manufacturier, la croissance globale est de 82 pour cent.

Ce qui présente un intérêt particulier, c'est l'augmentation marquée du nombre d'entreprises dans les industries qui ont des profits relativement élevés, comme nous y faisions allusion plus haut. Outre les fabricants de matériel scientifique et professionnel, les fabricants de produits de toilette, les grossistes en médicaments et en produits de toilette, ainsi que les pharmacies, ont tous affiché un accroissement important du nombre des entreprises, les chiffres étant, respectivement, de 52, 51,6 et 74,4 pour cent. Ces accroissements correspondent à ce qu'on peut normalement attendre en réaction à des bénéfices élevés. Les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments ressortent donc comme une industrie dans laquelle il ne semble pas se manifester la même sensibilité aux profits élevés.

À la lumière de ces données, on peut à nouveau se demander s'il existe des indications qui tendraient à prouver que les bénéfices relatifs ont baissé après qu'on eut modifié la *Loi sur les brevets* en 1969. Les renseignements figurant aux graphiques 6.4 et 6.5 facilitent cette comparaison.

Comme les changements apportés à la *Loi sur les brevets* étaient propres à l'industrie pharmaceutique, toute incidence majeure sur la rentabilité accompagnant ces changements devrait ressortir de la comparaison de la rentabilité du secteur pharmaceutique avec celle de chacune des industries prises en considération dans ces deux graphiques. Cet effet se traduirait probablement par une baisse du ratio entre les bénéfices de l'industrie pharmaceutique et ceux des autres industries.

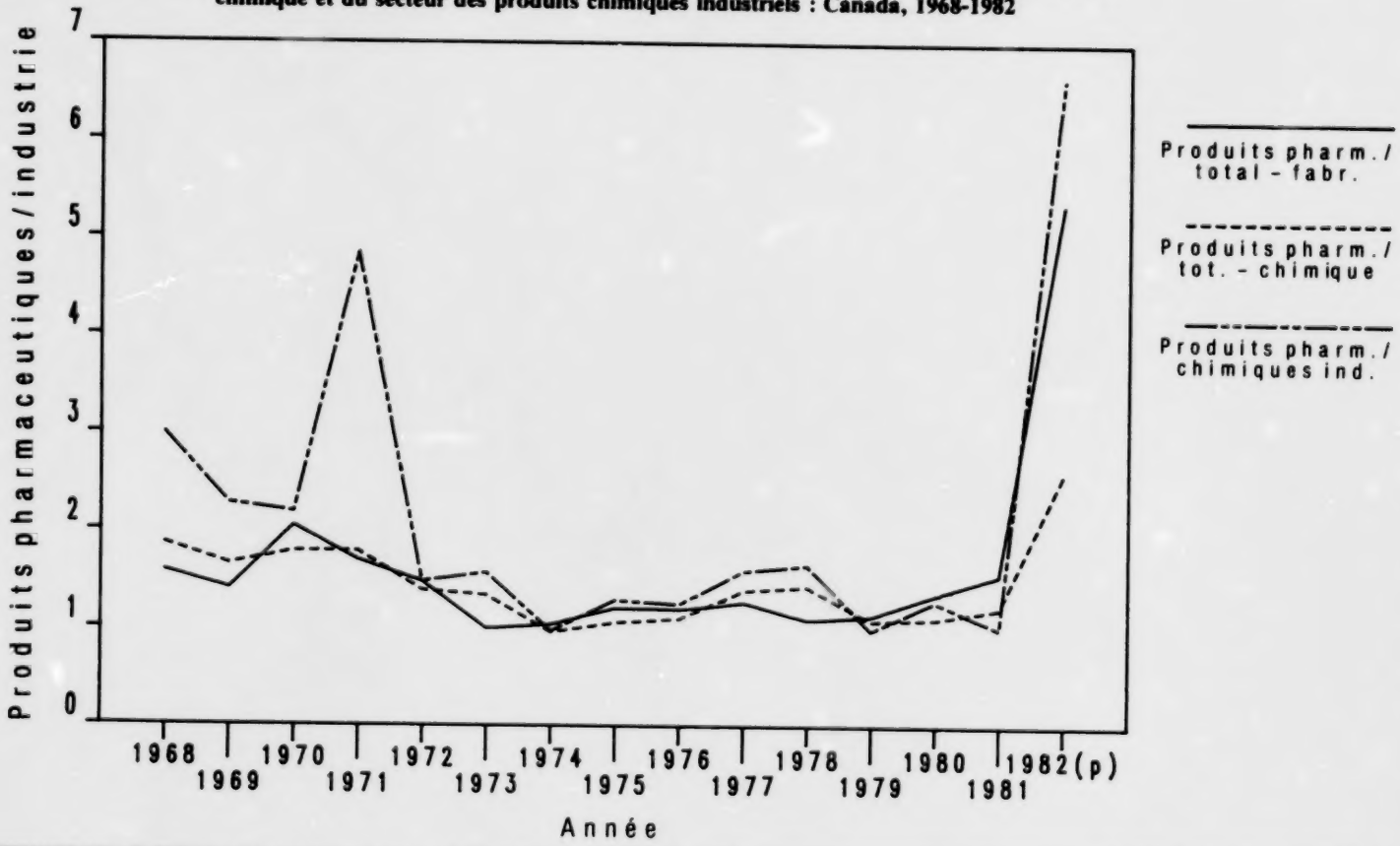
La rentabilité relative de l'industrie pharmaceutique semble être plus élevée pour la période allant de 1968 à 1972 que pour les quatre années suivantes, comme l'indique le graphique 6.4. Toutefois, pour les dernières années, la rentabilité du secteur pharmaceutique est en général aussi élevée qu'elle l'était au cours de la période antérieure. Il est donc difficile de tirer des conclusions définitives des renseignements présentés au graphique 6.4, pour savoir si les changements apportés à la *Loi sur les brevets* ont eu une influence sur la rentabilité de l'industrie pharmaceutique.

Les comparaisons portées sur le graphique 6.5 ne permettent pas non plus d'arriver à une conclusion générale quant à l'effet sur la rentabilité des changements apportés à la *Loi sur les brevets* en 1969. En fait, en ce qui

[4] Les tableaux A6.1 et A6.2 de l'annexe présentent des données sur les variations du nombre d'entreprises communiquant des données financières dans chacune des industries.

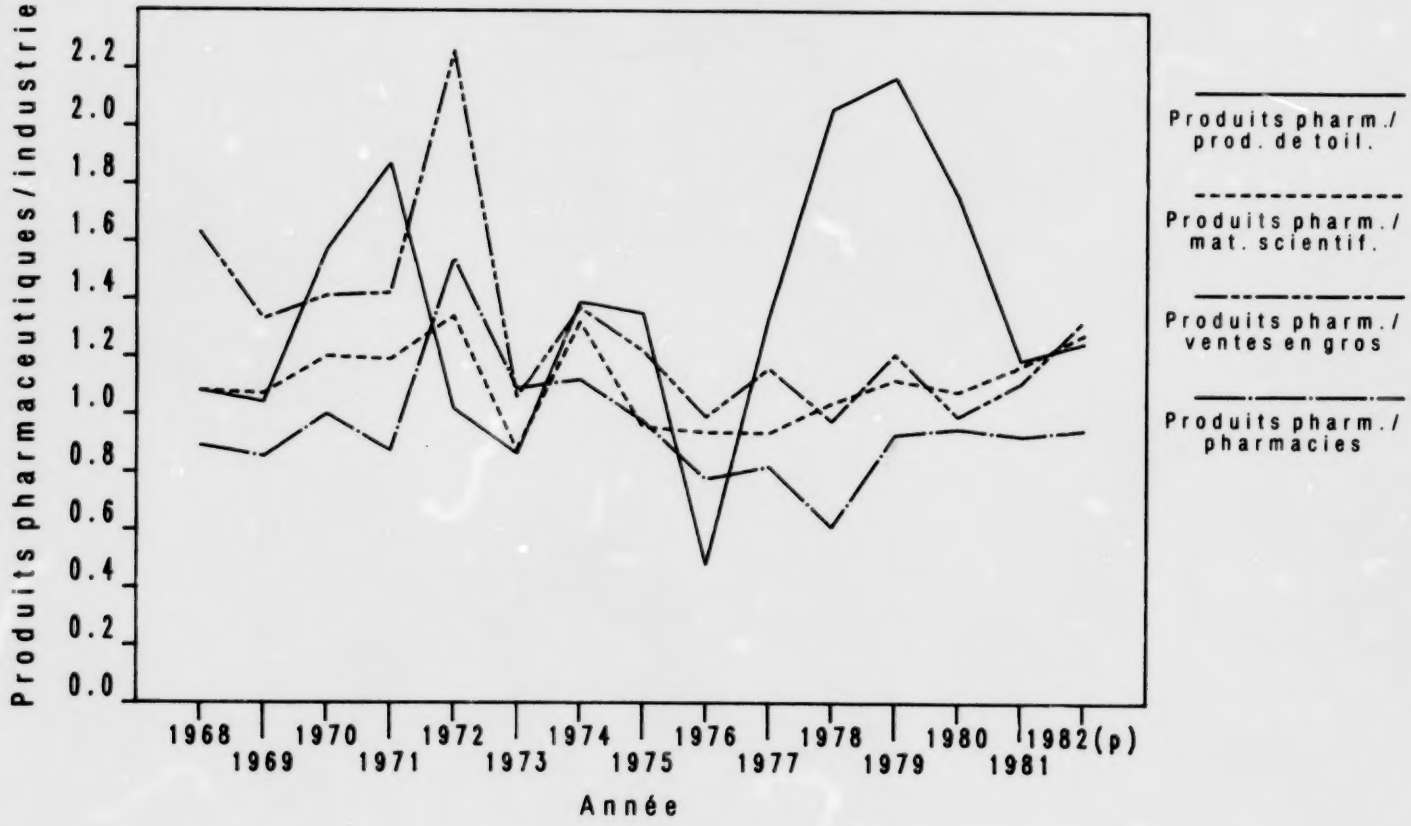
Graphique 6.4

Bénéfices après impôt sur l'avoir des actionnaires, ratios bénéfices de l'industrie pharmaceutique/bénéfices de l'ensemble des industries manufacturières, de l'ensemble de l'industrie chimique et du secteur des produits chimiques industriels : Canada, 1968-1982



Graphique 6.5

Bénéfices après impôt sur l'avoir des actionnaires, ratios bénéfices de l'industrie pharmaceutique/bénéfices des secteurs des produits de toilette, du matériel scientifique, des grossistes en médicaments et produits de toilette et des pharmacies : Canada, 1968-1982



concerne la fabrication de produits de toilette, la fabrication de matériel scientifique et professionnel et la vente en gros de médicaments et de produits de toilette, il semble y avoir une légère augmentation de la rentabilité relative de l'industrie pharmaceutique pendant les quatre ou cinq premières années de la période de 1968 à 1982. Les données à partir de 1972 n'indiquent pas de tendance particulière en ce qui concerne les bénéfices relatifs.

En conséquence, sans une analyse poussée de tous les facteurs qui influencent la rentabilité de toutes les industries examinées, il n'est pas possible de déduire des renseignements sur les bénéfices comparatifs, que le changement apporté au système de brevets en 1969 a amené une rentabilité relative plus faible pour les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments.

Bénéfices de l'industrie pharmaceutique : comparaison Canada/États-Unis

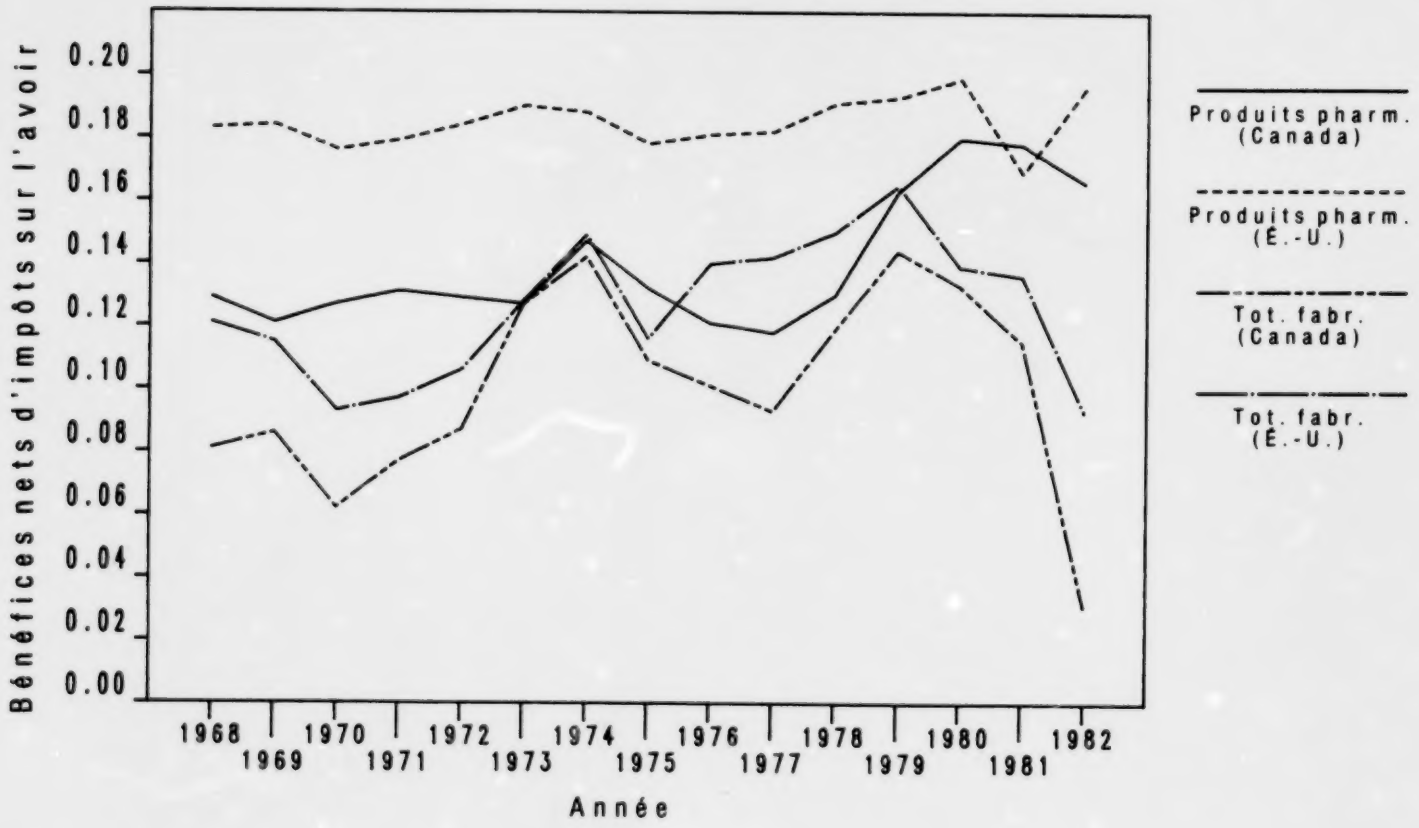
On a recueilli des renseignements à peu près comparables sur la rentabilité de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis pour la période allant de 1968 à 1982. On les a réunis pour obtenir un repère d'un genre quelque peu différent de celui pris en considération dans la sous-section précédente. Les comparaisons précédentes permettent de tenir compte de facteurs possibles propres à l'industrie pharmaceutique plutôt que de l'influence générale de l'économie canadienne. Ces facteurs comprennent, outre les changements apportés au système des brevets en 1969, la progression de la demande à la suite de l'augmentation du nombre de personnes couvertes par l'assurance-médicaments à tiers payant et de la population de plus de 65 ans.

Si l'on compare les bénéfices au Canada et aux États-Unis, non seulement pour l'industrie pharmaceutique, mais également pour un certain nombre d'autres industries, on obtient un autre cadre de référence pour déterminer dans quelle mesure sont raisonnables les bénéfices de l'industrie pharmaceutique au Canada. En particulier, tout écart entre les tendances des bénéfices pourra probablement être plus directement relié au changement apporté en 1969 à la *Loi sur les brevets* qu'à de vastes changements dans l'économie en général, ou à des changements dans le marché des produits pharmaceutiques. Bien qu'on n'ait pas essayé d'établir une comparaison détaillée de la nature du marché dans chaque pays et, en particulier, de l'assurance à tiers payant, il existe des analogies. Par exemple, la population des 65 ans et plus, dont la consommation de produits pharmaceutiques est beaucoup plus élevée que celle des autres groupes, s'accroît lentement mais régulièrement dans les deux pays. De même, le nombre de personnes couvertes par l'assurance à tiers payant s'est élevé régulièrement et sensiblement tant aux États-Unis qu'au Canada. De plus, cette croissance revêt à peu près les mêmes aspects, le gouvernement payant les médicaments pour les personnes de plus de 65 ans et les assistés sociaux dans les deux pays.

Le graphique 6.6 donne le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique et l'ensemble des industries manufacturiè-

Graphique 6.6

Bénéfices après impôts sur l'avoir des actionnaires, comparaison entre les bénéfices de l'industrie pharmaceutique et ceux de l'ensemble des industries manufacturières : Canada et États-Unis, 1968-1982



res, au Canada et aux États-Unis, pour la période allant de 1968 à 1982.[5] Au graphique 6.7, les renseignements sont présentés sous forme de ratio, pour chaque année, entre le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique, et le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires pour l'ensemble des industries manufacturières.

Comme le montre le graphique 6.6, on relève une différence sensible entre le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires dans l'industrie pharmaceutique aux États-Unis et le même bénéfice au Canada durant toutes les années prises en considération, y compris celles écoulées avant que les effets des changements apportés à l'octroi obligatoire de licences aient pu se faire sentir. À l'exception d'une seule année, soit 1981, les bénéfices de l'industrie pharmaceutique sont toujours plus élevés aux États-Unis qu'au Canada. En fait, au cours des onze premières années de la comparaison, on constate que les bénéfices réalisés aux États-Unis dépassent ceux enregistrés au Canada d'une proportion qui demeure à peu près la même. Ce n'est que durant les cinq dernières années de la période de comparaison que la rentabilité de l'industrie pharmaceutique canadienne s'élève par rapport à celle des États-Unis.

Les renseignements figurant au graphique 6.7 permettent de comparer plus facilement la rentabilité des industries pharmaceutiques des deux pays, car cette rentabilité est examinée dans le contexte de la santé globale de l'industrie manufacturière dans chacun d'eux. Comme on peut le voir, la rentabilité relative de l'industrie pharmaceutique du Canada est plus élevée pendant les cinq premières années de la période de comparaison que pour les six ou sept années subséquentes, puis elle se remet à monter pendant les trois dernières années. La rentabilité relative de l'industrie pharmaceutique américaine, quoique moins instable, présente des caractéristiques très voisines.

En ce qui concerne la variabilité des bénéfices de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis, les renseignements sur les variances et les écarts-types présentés aux tableaux A6.11 à A6.18 de l'annexe révèlent que dans certains cas ils sont moins variables dans cette industrie que dans les autres.

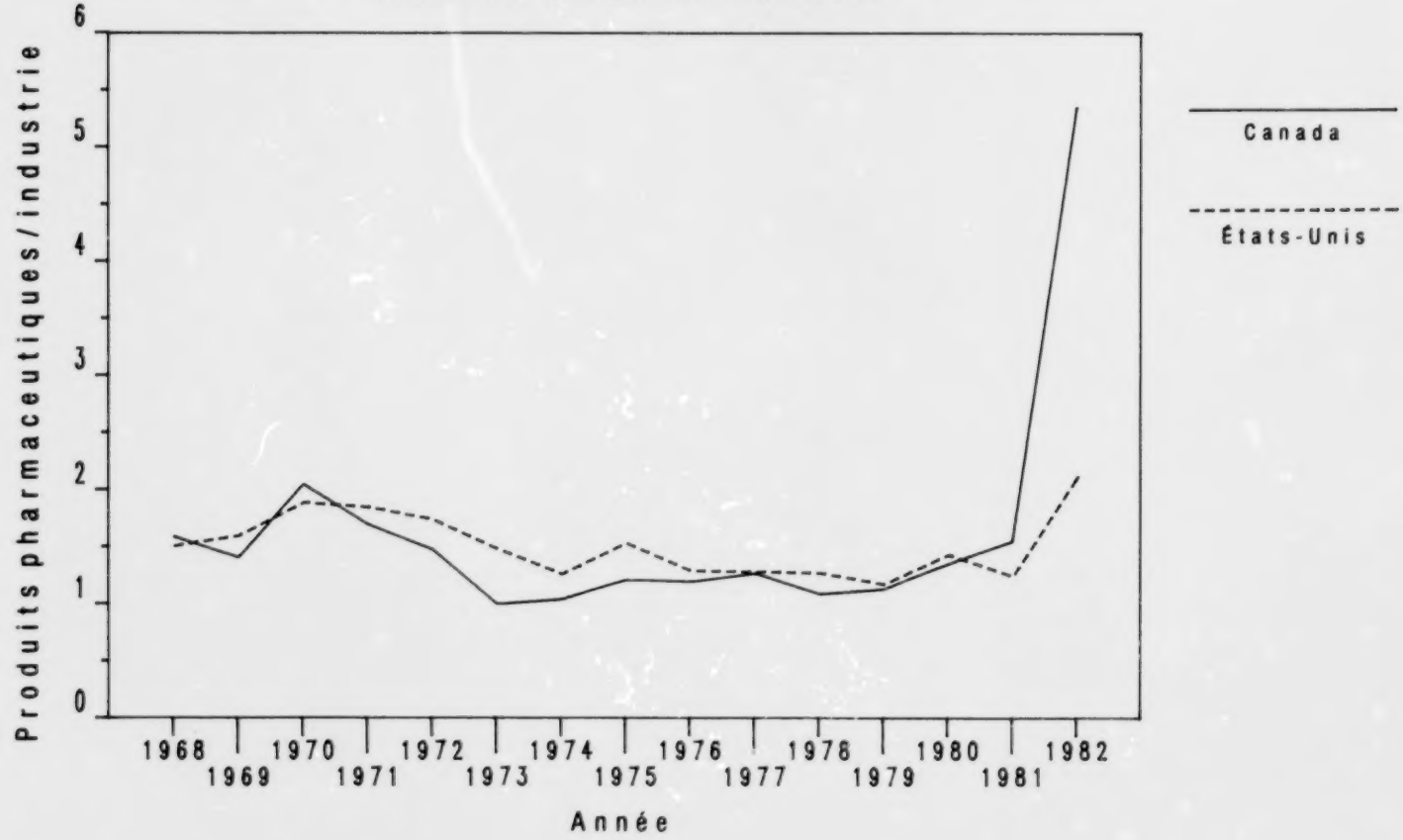
Si l'on compare directement la variabilité des bénéfices de l'industrie pharmaceutique au Canada et aux États-Unis, on constate qu'elle est plus faible aux États-Unis, du moins d'après trois des quatre mesures de la

---

[5] On trouvera aux tableaux A6.11 à A6.18 de l'annexe des renseignements détaillés sur les bénéfices aux États-Unis. Les données des deux premiers de ces tableaux portent sur le bénéfice après impôts sur les ventes et sont fournies pour l'ensemble des industries manufacturières, l'ensemble de l'industrie chimique, l'industrie pharmaceutique, les produits chimiques industriels, ainsi que pour les instruments et produits connexes. Dans la première partie du deuxième tableau de chaque paire, les bénéfices de l'industrie pharmaceutique sont comparés aux bénéfices des autres industries choisies; dans la deuxième partie, les bénéfices des industries choisies sont comparés aux bénéfices de l'ensemble des industries manufacturières. Les trois paires de tableaux suivantes présentent le bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires, le bénéfice avant impôts sur l'actif total, et le bénéfice après impôts sur l'actif total.

Graphique 6.7

Bénéfices après impôt sur l'avoir des actionnaires, comparaison entre les bénéfices de l'industrie pharmaceutique et ceux de l'ensemble des industries manufacturières : Canada et États-Unis, 1968-1982



rentabilité. Dans le cas du «bénéfice après impôts sur les ventes ou le revenu total», cette variabilité paraît être un peu plus faible au Canada.

Malgré des différences évidentes, les bénéfices de l'industrie pharmaceutique au Canada et aux États-Unis semblent suivre à peu près les mêmes tendances. Cette constatation renforce la conclusion que les changements apportés à la *Loi sur les brevets* ont eu peu d'effets observables sur la rentabilité.

Bénéfices à l'échelon des entreprises

On étudie brièvement dans cette partie le lien apparent entre le bénéfice des entreprises considérées individuellement et certaines caractéristiques de ces entreprises. La première de ces caractéristiques est la taille de l'entreprise, la seconde, l'étendue des activités de l'entreprise dans l'industrie pharmaceutique et la troisième, les effets directs de l'octroi obligatoire de licences sur la rentabilité de l'entreprise. On examine également les variations des bénéfices entre les entreprises. Enfin, on établit certaines comparaisons entre les taux de bénéfice des compagnies mères et de leurs filiales au Canada.

Rentabilité et taille de l'entreprise

L'analyse de la rentabilité d'environ 20 entreprises pharmaceutiques réalisée par Statistique Canada en 1983 pour chacune des années 1975 à 1982 a permis de recueillir des renseignements limités sur le lien entre la rentabilité et la taille de l'entreprise. Les principales statistiques tirées des rapports financiers de ces 20 entreprises permettent de calculer une vaste gamme d'indicateurs de rentabilité, comme le revenu net, le bénéfice avant impôts et le bénéfice après impôts, ainsi que des mesures du niveau d'activité, comme les ventes, l'avoir des actionnaires, l'actif total et l'actif net. Les 20 entreprises formant l'échantillon ont été classées en quatre groupes, selon leur taille, afin qu'on puisse faire l'analyse sans révéler leur identité.

En ce qui concerne le bénéfice avant et après impôts sur les ventes et sur l'actif total, on remarque en général une corrélation négative entre le bénéfice et la taille de l'entreprise pour toutes les années étudiées. Ce n'est que rarement que les entreprises de la taille la plus petite ont un bénéfice plus faible que celui des entreprises de la taille immédiatement supérieure. On remarque souvent la même corrélation négative lorsqu'on examine le bénéfice sur l'actif immobilisé.

La conclusion générale qu'on peut tirer de l'analyse des bénéfices pour cet échantillon de 20 entreprises, de 1975 à 1982, est la suivante : en général, plus la compagnie est de grande taille, plus les taux de bénéfice diminuent, mais il n'est pas si rare que les petites entreprises réalisent également des bénéfices relativement faibles.

Rentabilité et spécialisation dans la fabrication des produits pharmaceutiques

À l'aide du même échantillon de 20 entreprises et pour la même période, on peut examiner la rentabilité des entreprises en fonction de l'étendue de leur spécialisation dans la fabrication de produits pharmaceutiques, par opposition à d'autres articles tels que les produits de toilette, les savons et toute une gamme d'autres produits chimiques. L'échantillon comprend deux groupes : 14 entreprises dont les ventes de produits pharmaceutiques représentent 50 pour cent ou plus du total des ventes et six entreprises dont les ventes de produits pharmaceutiques représentent moins de 50 pour cent du total des ventes.

Cet examen permet de tirer une conclusion générale, à savoir que les entreprises dont moins de 50 pour cent des ventes relèvent de l'industrie pharmaceutique paraissent être en général un peu plus rentables que les 14 entreprises dont les ventes de produits pharmaceutiques représentent plus de 50 pour cent du total des ventes. Cela est vrai en particulier pour les ratios marges bénéficiaires/ventes totales et marges bénéficiaires/avoir des actionnaires. Les résultats exprimant les marges bénéficiaires en fonction de l'actif total et de l'actif net sont un peu moins constants sur l'ensemble de la période et pour les diverses mesures de la marge bénéficiaire. Néanmoins, même en ce qui concerne ces deux dernières catégories de marges bénéficiaires, on peut constater de façon générale que les entreprises qui se concentrent surtout dans la vente de produits pharmaceutiques sont un peu moins rentables que celles dont moins de 50 pour cent des ventes totales portent sur ces produits.

Effets de l'octroi obligatoire de licences sur la rentabilité des entreprises

On s'intéresse ici aux effets de l'octroi obligatoire de licences sur les bénéfices des entreprises qui comptent pour un pourcentage écrasant de la production de médicaments génériques au Canada, ainsi qu'aux effets sur les bénéfices des entreprises titulaires de brevets. Dans la plus grande partie de l'analyse effectuée précédemment dans ce chapitre, les bénéfices étudiés étaient les bénéfices moyens pour l'industrie pharmaceutique dans son ensemble. Bien que ces derniers aient été à la fois élevés et relativement stables sur de longues périodes, on note, au niveau des entreprises individuelles, des variations sensibles qui paraissent reliées aux changements apportés à la *Loi sur les brevets*, mais qui sont masquées par le profil des bénéfices de la majorité des entreprises.

Il y a eu une variation importante du nombre des entreprises qui sont couramment désignées comme entreprises de produits génériques à la suite des changements apportés à la *Loi sur les brevets* en 1969. Par exemple, des nombreuses entreprises qui avaient présenté des mémoires du milieu à la fin des années 1960 sur les perspectives des entreprises de produits génériques et qui, à cette époque, paraissaient être des entreprises viables, très peu

demeurent en activité à ce jour. Plusieurs des petites entreprises ont en fait disparu du marché ou ont fusionné avec l'une des quatre grandes entreprises de produits génériques restantes. Les modifications de 1969 apportées à la *Loi sur les brevets* ont donc eu des effets importants sur la viabilité de certains fabricants de produits génériques.

Pour ce qui est de la situation actuelle des entreprises de produits génériques, on note que certaines d'entre elles paraissent extrêmement rentables.

Les modifications de 1969 de la *Loi sur les brevets* paraissent également avoir eu des effets sensibles sur la rentabilité d'un nombre limité d'entreprises titulaires de brevets. Comme on l'a démontré au chapitre 4, pour un grand nombre de ces entreprises, l'essentiel des ventes et du bénéfice est attribuable à un seul produit ou, au plus, à quelques produits. Dans le cas des entreprises qui s'appuient sur un seul produit et qui sont concurrencées par des entreprises de produits génériques titulaires de licences obligatoires, il pourrait y avoir un effet négatif important sur le bénéfice. C'est ce qui semble être arrivé pour dix à douze entreprises titulaires de brevets. Par contre, pour plusieurs de ces dernières, l'effet ne s'est fait sentir qu'au cours des toutes dernières années, mais il est clair qu'il pourrait être plus marqué au fur et à mesure que le nombre des prescriptions de médicaments génériques s'accroîtra et que l'on vendra davantage de produits génériques.

Comme on l'a fait remarquer au chapitre 2, les entreprises de produits génériques ne représentent actuellement qu'une petite partie du secteur de la fabrication des médicaments et, de plus, leur croissance n'a pas été particulièrement rapide durant les deux ou trois dernières années. Néanmoins, il est clair que les entreprises de produits génériques pourraient réaliser des gains importants.

Pour que les bénéfices de l'industrie dans son ensemble soient demeurés aussi élevés et, en fait, pour qu'ils aient augmenté, il est évident qu'il faut que les bénéfices de certaines entreprises titulaires de brevets soient suffisamment élevés pour compenser les effets négatifs qu'a eu l'octroi obligatoire de licences sur les bénéfices d'autres entreprises.

Comme exemple de l'importance des effets négatifs de l'octroi obligatoire de licences, les résultats de l'enquête de la Commission sur les entreprises pour les cinq dernières années révèlent qu'au moins une entreprise a subi des pertes à chacune des années de la période de 1979 à 1983. En fait, en 1982, six entreprises ont signalé des pertes en termes du bénéfice après impôts sur les ventes, et cinq ont signalé des pertes en termes du bénéfice après impôts sur l'avoir des actionnaires.

Variation du bénéfice des entreprises

Les renseignements présentés au tableau 6.2 sur le bénéfice après impôts par rapport aux ventes de 16 entreprises, de 1972 à 1981, illustrent les

Tableau 6.2

Variations du bénéfice après impôt sur les ventes pour certaines sociétés pharmaceutiques : Canada, 1972-1981

Société	1972-81 Moyenne	1972-81 Minimum	1972-81 Maximum	1972-81 Écart-type	1972-81 Variation
Allergan Canada Ltée	4,167%	−6,168%	9,363%	4,824%	,233%
Astra Pharmaceuticals Canada Ltée	3,187	−4,041	7,242	3,658	,134
Burroughs Wellcome Inc.	10,915	7,877	12,616	1,496	,022
Cyanamid Canada Inc.	6,958	3,618	13,382	3,229	,104
Eli Lilly Canada Inc.	6,845	−,963	10,968	3,434	,118
Hoechst Canada Inc.	3,198	,749	5,536	1,485	,022
Hoffmann-La Roche Limitée	−2,875	−14,486	2,346	4,963	,246
Pennwalt of Canada, Limitée	6,748	5,157	8,005	,818	,007
Rhône-Poulenc Pharma Inc.	10,558	7,583	28,210	6,018	,362
Riker Canada Inc.	5,787	1,507	9,110	2,431	,059
Roussel Canada Inc.	4,653	,934	9,282	2,936	,086
Sandoz (Canada) Limitée	2,423	,178	4,808	1,660	,028
Schering Canada Inc.	13,465	10,748	17,020	2,068	,043
Smith Kline & French Canada Ltée	6,559	,453	11,373	3,308	,109
Squibb Canada Inc.	4,216	,914	8,123	2,072	,043
Wyeth Ltée	16,157	12,307	22,752	3,126	,098

Source : Rapports annuels des sociétés

conclusions du chapitre 4 sur l'instabilité des parts du marché qui semble être fonction du fait que les entreprises de produits pharmaceutiques s'appuient sur la vente de quelques produits, sinon d'un seul.

On obtient une idée de la variation des bénéfices parmi les entreprises en observant les moyennes calculées pour la période entière. Celles-ci vont d'un bénéfice moyen après impôts sur les ventes de –2,9 pour cent jusqu'à un maximum de 16,2 pour cent et elles sous-estiment probablement la variation globale des bénéfices parmi les entreprises au cours d'une année donnée.

La variation des bénéfices pour une entreprise en particulier sur une période telle que celle de 1972 à 1981 est très accentuée pour certaines entreprises. Mais, en général, elle est modérée ou faible si l'on en juge par les

données du tableau 6.2 sur le minimum, le maximum, l'écart-type et la variance du taux de bénéfice de chaque entreprise de 1972 à 1981. Pour la plupart des entreprises, par exemple, l'écart-type est inférieur à la moitié du taux de bénéfice moyen. Cependant, pour six des 16 entreprises, l'écart-type est très proche de la moyenne, sinon supérieur. Pour ces entreprises, la variation du bénéfice d'une année à l'autre est effectivement très prononcée.

Rentabilité des sociétés mères par rapport aux filiales canadiennes

On trouvera au tableau 6.3, pour 1982, des données sur le bénéfice après impôts par rapport aux ventes et au capital utilisé pour 23 sociétés multinationales et pour au moins une de leurs filiales canadiennes. Dans le cas du bénéfice après impôts par rapport aux ventes, la rentabilité de la filiale canadienne dépasse celle de la société mère dans 11 des 23 cas. De même, en ce qui concerne le bénéfice après impôts par rapport au capital utilisé, la rentabilité de la filiale canadienne dépasse celle de la société mère dans 14 des 23 cas examinés. Pour cette année en particulier, un ratio de rentabilité pondéré selon les ventes indiquerait un avantage encore plus grand pour la filiale canadienne, du point de vue de sa rentabilité par rapport à celle de la société mère. Il est évident que la question des taux de change complique l'établissement de ces comparaisons entre pays, ainsi que, par exemple, les différences dans la façon dont l'actif est évalué et les différences possibles entre pays en ce qui concerne l'établissement des prix intersociétés. En dépit de ces nombreux problèmes, les données présentées au tableau 6.3 donnent à penser qu'à tout le moins, la rentabilité des activités pharmaceutiques au Canada n'est pas inférieure à celle des autres pays dans lesquels ces sociétés multinationales sont présentes.

Comparaisons internationales de la rentabilité de l'industrie pharmaceutique

À l'exception des données concernant les États-Unis, on n'a que peu de renseignements sur la rentabilité de l'industrie pharmaceutique dans les autres grandes nations du globe. Lorsqu'on établit des comparaisons avec le Canada, on est confronté à des problèmes parfois insurmontables à propos de la définition des termes financiers, de l'ajustement des données nationales pour tenir compte des variations des taux de change et, en général, de la mesure dans laquelle on peut obtenir des données sur la majorité des entreprises de l'industrie pharmaceutique d'un pays donné.

Les renseignements figurant au tableau 6.4 portent sur les bénéfices de l'industrie pharmaceutique au Royaume-Uni pendant les deux années 1981-1982 et 1982-1983. Ces données britanniques sont classées d'après le pays où se trouve la société multinationale dont la filiale est en activité au Royaume-Uni. Étant donné que les renseignements pour les deux années en question s'appliquent à des nombres d'entreprises différents, il ne faut pas en tirer de

Tableau 6.3

Ratios bénéfices avant impôt/ventes et capital utilisé pour les sociétés mères de produits pharmaceutiques et leurs filiales : Canada, 1982

Société	Bénéfices avant impôt	Capital utilisé	Ventes	Pays	Bénéfices/ ventes	Bénéfices/ capital
Akzo	$ 63 000 000	$ 3 844 600 000	$ 5 404 400 000	Pays-Bas	1,166%	1,639%
Organon Canada Ltée	392 530	6 559 076	9 858 275		3,982	5,985
American Home Products	560 100 000	2 832 000 000	4 582 100 000	États-Unis	12,224	19,778
Ayerst, McKenna Harrison, Inc.	9 011 804	44 087 790	72 946 038		12,354	20,441
Wyeth Ltée	14 259 545	22 540 627	62 988 986		22,699	63,262
Astra	49 660 000	455 300 000	377 500 000	Suède	13,155	10,907
Astra Pharmaceuticals Canada Ltée	1 162 299	10 169 407	19 783 549		5,875	11,429
B. Ingelheim	24 520 000	1 008 900 000	982 200 000	Allemagne de l'Ouest	2,496	2,430
Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée	1 466 113	6 915 511	14 887 804		9,848	21,200
Beecham	180 200 000	1 583 700 000	2 494 000 000	Royaume-Uni	7,225	11,378
Beecham Laboratories Inc.	538 471	4 298 632	8 699 629		6,190	12,527
Bristol Myers	294 800 000	2 756 200 000	3 599 900 000	États-Unis	8,189	10,696
Bristol-Myers Canada Limitée	18 691 000	151 198 000	253 213 000		7,382	12,362
Ciba-Geigy	312 880 000	9 477 900 000	6 945 700 000	Suisse	4,505	3,301
Ciba-Geigy Canada Ltée	(778 356)	105 214 027	159 709 143		−,487	−,740
Cyanamid	132 130 000	2 977 400 000	3 453 700 000	États-Unis	3,826	4,438
Cyanamid Canada Inc.	1 843 547	198 875 060	274 765 279		,671	,927

Tableau 6.3 (suite)

Ratios bénéfices avant impôt/ventes et capital utilisé pour les sociétés mères de produits pharmaceutiques et leurs filiales : Canada, 1982

Société	Bénéfices avant impôt	Capital utilisé	Ventes	Pays	Bénéfices/ ventes	Bénéfices/ capital
Dow Chemical	$399 000 000	$11 807 000 000	$10 618 000 000	États-Unis	3,758%	3,379%
Merrell Pharmaceuticals Inc.	589 335	13 777 562	13 120 214		4,492	4,277
Eli Lilly	411 800 000	3 155 100 000	2 962 700 000	États-Unis	13,899	13,052
Eli Lilly Canada Inc.	7 918 835	50 327 619	112 559 497		7,035	15,735
Fisons	31 540 000	355 100 000	569 900 000	Royaume-Uni	5,534	8,882
Fisons Corporation Limitée	(518 514)	4 356 904	6 223 296		−8,332	−11,901
Fortia AB	39 260 000	288 200 000	256 600 000	Suède	15,300	13,622
Pharmacia Canada Inc.	(138 460)	5 146 084	10 773 692		−1,285	−2,691
Hoechst	134 000 000	11 029 100 000	14 792 000 000	Allemagne de l'Ouest	,906	1,215
Hoechst Canada Inc.	3 172 819	77 302 528	132 101 822		2,402	4,104
Revlon	60 100 000	2 272 500 000	2 351 000 000	États-Unis	2,556	2,645
USV Canada Inc.	763 163	1 604 420	4 466 293		17,087	47,566
Roche	141 440 000	5 453 200 000	3 573 100 000	Suisse	3,958	2,594
Hoffmann-La Roche Limitée	(3 749 076)	38 896 251	55 869 175		−6,710	−9,639

Tableau 6.3 (suite)

Société	Bénéfices avant impôt	Capital utilisé	Ventes	Pays	Bénéfices/ ventes	Bénéfices/ capital
Rorer	$ 36 300 000	$ 345 400 000	$ 402 400 000	États-Unis	9,021%	10,510%
Rorer Canada Inc.	662 098	6 384 115	9 229 011		7,174	10,371
Roussell UCLAF	21 070 000	981 500 000	1 161 800 000	France	1,814	2,147
Roussel Canada Inc.	461 365	5 478 852	17 583 342		2,624	8,421
Sandoz	137 320 000	3 330 500 000	3 044 800 000	Suisse	4,510	4,123
Sandoz (Canada) Limitée	3 458 000	35 807 000	44 729 000		7,731	9,657
Schering-Plough	183 500 000	2 428 900 000	1 817 900 000	États-Unis	10,094	7,555
Schering Canada Inc.	4 493 278	24 170 935	36 470 779		12,320	18,590
SmithKline	455 160 000	2 858 000 000	2 968 700 000	États-Unis	15,332	15,926
Smith Kline & French Canada Ltée	(558 024)	40 470 837	66 477 471		−,839	−1,379
Squibb	153 640 000	1 930 000 000	1 660 800 000	États-Unis	9,251	7,961
Squibb Canada Inc.	602 450	24 631 373	39 089 821		1,541	2,446
Syntex	149 320 000	468 600 000	870 200 000	États-Unis	17,159	31,865
Syntex Inc.	3 023 806	38 483 913	45 378 627		6,664	7,857
Wellcome	97 230 000	799 400 000	1 045 600 000	Royaume-Uni	9,299	12,163
Burroughs Wellcome Inc.	3 010 294	36 846 700	30 160 165		9,981	8,170

Source : Rapports annuels dépouillés par Price-Waterhouse et Scrip, *Pharmaceutical Company League Tables, 1982-83*

Tableau 6.4

Ratio bénéfices avant impôt/ventes et capital utilisé dans l'industrie pharmaceutique : Royaume-Uni, 1981/1982 et 1982/1983

	Ratio bénéfices avant impôt/ventes		Ratio bénéfices avant impôt/capital utilisé	
	1981-1982	1982-1983	1981-1982	1982-1983
Royaume-Uni	8,3	9,9	23,9	15,8
Filiales au Royaume-Uni	13,1	13,0	23,1	21,0
Autres filiales étrangères	6,2	5,0	10,1	n.d.
Total : 1981-1982 — 41 sociétés	10,3			
1982-1983 — 32 sociétés		7,8		
Canada	12,2[a c]	11,7[b c]	27,8[a]	26,1[b]

[a] 1981, [b] 1982, [c] Bénéfice avant impôt/revenu total

Source : Royaume-Uni : *Scrip*, n° 811 (13 juillet 1983), p. 6 pour 1981/1982 et n° 955 (5 décembre 1984), p. 12 pour 1982/1983 et Canada : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (n° 61-207 au catalogue), 1982

conclusions sur la tendance d'une année à l'autre. Aux fins de comparaison, des données sont également fournies au sujet des deux ratios de bénéfice en question pour le Canada.

Avec toute la prudence qui s'impose, on peut conclure qu'à tout le moins, la rentabilité des entreprises pharmaceutiques au Canada paraît être au moins aussi élevée, sinon plus, que celle des entreprises du Royaume-Uni. Cette conclusion semble être valable pour les deux mesures de la rentabilité.

En raison de la mise en application du *Prescription Price Regulation Scheme (PPRS)*, on dispose également pour le Royaume-Uni d'un ensemble de chiffres de bénéfices qui se rapportent aux ventes totales des médicaments remboursés par le Régime national d'assurance-maladie (*National Health Service*), y compris les ventes intérieures et les ventes à l'exportation. Ces chiffres ne portent donc que sur la partie de la production totale de l'industrie pharmaceutique qui est reconnue par le Régime national d'assurance-maladie. Les chiffres des bénéfices pour cette composante des activités des entreprises pharmaceutiques au Royaume-Uni sont plus élevés que ceux décrivant leurs activités globales qui sont présentés au tableau 6.4. Par exemple, en ce qui concerne le bénéfice avant impôts sur le capital utilisé, les chiffres du *PPRS* étaient de l'ordre de 27 pour cent en 1977, tombaient à 18,5 pour cent en 1980 pour remonter à 24,5 pour cent en 1982.[6] En conséquence, même en ce qui

[6] Renseignements communiqués par l'*Association of the British Pharmaceutical Industry*, 1984

concerne cette composante particulière des activités des entreprises pharmaceutiques au Royaume-Uni, on voit que la rentabilité est néanmoins plus élevée au Canada.

Par contre, en ce qui concerne les médicaments du Régime national d'assurance-maladie, le ratio bénéfice avant impôts/ventes au Royaume-Uni est sensiblement plus élevé que le bénéfice pour l'ensemble des entreprises de l'industrie pharmaceutique au Canada et pour la totalité de leur production de médicaments délivrés sur ordonnance ou non et d'autres articles tels que les produits de toilette. Au Royaume-Uni, le ratio bénéfice/ventes part de 20,5 en 1977 pour tomber à 15,0 en 1980 et s'élever à 17,8 en 1982.

Avec la réduction additionnelle du niveau cible de bénéfice en vertu du *PPRS* récemment annoncée au Royaume-Uni, ces bénéfices devraient encore diminuer. Cet abaissement du niveau de bénéfice sera le troisième à survenir depuis quelques années et il aura ramené le taux de rendement cible, qui a déjà été de 23 pour cent, à 18 pour cent ou moins. Ces taux de rendement correspondent au bénéfice avant impôts sur le capital utilisé.[7] Ils signifieront donc des taux de bénéfice sensiblement inférieurs au taux de rendement avant impôts du capital utilisé observé dans l'industrie au Canada pendant les quinze années écoulées depuis 1968.

On trouvera au tableau 6.5 des renseignements sur 234 entreprises pharmaceutiques du monde entier, pour 1982-1983. Comme c'est le cas des

Tableau 6.5

Ratio des bénéfices nets avant impôts par rapport aux ventes des sociétés pharmaceutiques : France, Japon, Suisse et Allemagne de l'Ouest, 1982/1983

Pays	Divisions pharmaceutiques			Ens. des act. de la société		
		Ratio			Ratio	
	Nombre de sociétés	Non pondéré	Ventes pondérées	Nombre de sociétés	Non pondéré	Ventes pondérées
France	5	5,6	8,4	10	2,1	1,9
Japon	12	4,2	3,8	41	5,4	3,9
Suisse	n.d.	n.d.	n.d.	5	4,2	4,2
Allemagne de l'Ouest	2	1,7	2,4	14	1,9	0,8
Ensemble des sociétés[a]	82	n.d.	20,6	152	n.d.	4,3

[a] La moyenne non pondérée pour l'ensemble des 234 sociétés compornant les sociétés du Royaume-Uni et des États-Unis, est 7,7

Source : *Scrip, Pharmaceutical Company League Tables, 1982-83*, pages 58 à 77

[7] *Scrip*, nº 969 (30 janvier 1985), p. 1, et nº 971 (6 février 1985), p. 3

données sur le Royaume-Uni que nous venons d'examiner, ils sont basés sur le bénéfice net avant impôts par rapport aux ventes. Le rendement global non pondéré est de 7,7 pour cent pour les 234 entreprises. Cependant, on peut classer ces entreprises selon que le bénéfice et les ventes sont indiqués pour les divisions pharmaceutiques seulement, ou qu'ils portent sur toutes les activités du groupe. Le bénéfice des premières, qui se situe à 20,6 pour cent des ventes, dépasse considérablement celui des dernières, qui est de 4,3 pour cent des ventes, comme on peut le voir au tableau 6.5.

On trouvera également au tableau 6.5 des renseignements sur quatre pays qui n'ont pas été étudiés précédemment : la France, le Japon, la Suisse et l'Allemagne de l'Ouest. Comme on peut le constater, pour ces pays, les taux de bénéfice sont bas tant pour les entreprises relevant exclusivement de l'industrie pharmaceutique que pour les entreprises ayant des divisions pharmaceutiques, ainsi que pour les entreprises qui communiquent des données sur toutes les activités du groupe. On a omis, au tableau 6.5, des renseignements sur des entreprises du Royaume-Uni et des États-Unis. Il est à supposer que les taux de bénéfice pour ces deux derniers pays sont suffisamment élevés pour compenser les taux observés dans les quatre pays figurant au tableau 6.5. En fait, à l'exception de trois d'entre elles, toutes les principales entreprises qui relèvent entièrement de l'industrie pharmaceutique ou pour lesquelles seules les activités de leurs divisions pharmaceutiques sont déclarées, sont des sociétés multinationales ayant leur siège social dans un de ces deux pays.

Une autre source[8] donne des informations sur 44 entreprises pharmaceutiques importantes du Japon, classées par ordre des ventes. En 1983, le ratio bénéfice après impôt/ventes pondéré selon les ventes était de 4,8 pour cent. Il était légèrement inférieur à ce chiffre en 1982. Au Canada, le chiffre correspondant pour l'industrie pharmaceutique en 1982 était de 6,8 pour cent. Par conséquent, les bénéfices au Canada semblent être sensiblement plus élevés que ceux du Japon. Il convient de souligner que les entreprises pharmaceutiques au Japon sont analogues à celles du Canada en ce qu'elles se spécialisent surtout dans la production des produits pharmaceutiques.

L'examen des renseignements sur la rentabilité dans plusieurs pays révèle que les bénéfices au Canada sont probablement plus faibles qu'aux États-Unis, mais qu'ils sont en général plus élevés que dans la plupart des autres pays industrialisés du globe. En particulier, ils semblent être plus élevés que les bénéfices correspondants des entreprises pharmaceutiques dans les cinq pays autres que les États-Unis qui comptent une part disproportionnée de sociétés multinationales de produits pharmaceutiques, à savoir la France, le Japon, la Suisse, le Royaume-Uni et l'Allemagne de l'Ouest.

[8] *Scrip*, n° 882 (26 mars 1984), p. 14

Tableau A6.1

Nombre de sociétés déclarantes pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne
Ensemble des industries manufacturières	20 800	21 000	22 100	22 000	23 000	24 600	26 500	27 500	29 300	30 000	31 900	34 100	36 500	38 300	38 000	28 373
Ensemble de l'industrie chimique	904	915	922	872	917	939	959	971	990	946	931	964	964	1039	1012	950
Fertilisants	45	42	42	37	37	36	37	39	40	35	37	43	48	49	50	41
Produits pharmaceutiques	148	142	155	134	153	154	157	152	153	140	132	134	130	150	145	145
Peintures et vernis	110	119	118	123	122	121	120	115	120	116	116	114	110	117	113	117
Savon et produits de nettoyage	79	74	82	81	82	80	83	82	80	69	71	78	80	93	90	80
Produits de toilette	69	70	76	76	78	81	81	87	89	86	90	104	103	107	105	87
Produits chimiques industriels	139	168	167	157	153	162	157	170	180	180	154	161	153	161	160	161
Autres produits chimiques	314	300	282	266	292	305	324	326	328	320	331	330	340	362	349	318
Matériel scientifique et professionnel	240	256	239	232	270	292	333	386	474	535	636	684	774	948	1042	489
Grossistes en médicaments et produits de toilette	386	422	433	468	422	430	447	448	463	469	484	507	539	601	585	474
Pharmacies	1 880	2 007	2 055	2 074	2189	2 346	2 470	2 548	2 708	2 834	2 982	3 135	3 306	3 186	3 279	2 600

Source : Statistique Canada. *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.2

Indice du nombre de sociétés déclarantes pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982 (1968 = 100)

Industrie / Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	100	100,80	106,08	105,60	110,40	118,08	127,20	132,00	140,64	144,00	153,12	163,68	175,20	183,84	182,40	136	836	28,9215
Ensemble de l'industrie chimique	100	101,20	101,97	96,44	101,42	103,85	106,07	107,39	109,49	104,63	102,97	106,62	106,62	114,91	111,93	105	21	4,6099
Fertilisants	100	93,33	93,33	82,22	82,22	80,00	82,22	86,67	88,89	77,78	82,22	95,55	106,67	108,89	111,11	91	114	10,6687
Produits pharmaceutiques	100	95,95	104,73	90,54	103,38	104,06	106,08	102,71	103,38	94,60	89,19	90,54	87,84	101,36	97,98	98	37	6,0560
Peintures et vernis	100	108,18	107,27	110,00	110,91	110,00	109,09	104,55	109,09	105,46	105,46	103,64	100,00	106,36	102,73	106	11	3,3887
Savon et produits de nettoyage	100	93,67	103,80	102,53	103,80	101,26	105,06	103,80	101,26	87,34	89,87	98,73	101,26	117,72	113,92	102	57	7,5449
Produits de toilette	100	101,45	110,15	110,15	113,05	117,39	117,39	126,09	128,99	124,64	130,44	150,73	149,28	155,08	152,18	126	321	17,9090
Produits chimiques industriels	100	120,86	120,14	112,95	110,07	116,54	112,95	122,30	129,49	129,49	110,79	115,82	110,07	115,82	115,10	116	54	7,3822
Autres produits chimiques	100	95,55	89,82	84,72	93,00	97,14	103,19	103,83	104,47	101,92	105,42	105,11	108,29	115,30	111,16	101	61	7,8376
Matériel scientifique et professionnel	100	106,68	99,59	96,67	112,51	121,68	138,76	160,85	197,52	222,93	265,02	285,02	322,53	395,03	434,20	204	11880	108,9945
Grossistes en médicaments et produits de toilette	100	109,34	112,19	121,26	109,34	111,41	115,82	116,08	119,96	121,52	125,40	131,36	139,65	155,72	151,57	123	234	15,2805
Pharmacies	100	106,77	109,33	110,34	116,45	124,81	131,40	135,55	144,07	150,77	158,64	166,78	175,88	169,50	174,44	138	660	25,6931

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.3

Bénéfice après impôt sur le revenu total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	,041	,041	,030	,036	,039	,053	,053	,042	,038	,035	,042	,050	,047	,040	,011	,0399	,0001	,0099
Ensemble de l'industrie chimique	,043	,045	,043	,042	,054	,054	,075	,064	,053	,043	,041	,062	,069	,060	,0287	,0517	,0001	,0122
Fertilisants	−,096	−,106	−,061	−,063	,021	,042	,082	,068	,003	,058	,021	,030	,049	,056	,009	,0075	,0034	,0584
Produits pharmaceutiques	,064	,063	,070	,069	,071	,061	,065	,057	,050	,048	,052	,063	,073	,070	,068	,0629	,0001	,0077
Peintures et vernis	,025	,020	,017	,041	,028	,033	,047	,037	,028	,025	,020	,041	,041	,040	,027	,0313	,0001	,0090
Savon et produits de nettoyage	,058	,059	,052	,059	,050	,044	,048	,077	,056	,053	,054	,053	,060	,057	,056	,0557	,0001	,0071
Produits de toilette	,049	,058	,037	,035	,054	,060	,047	,048	,085	,029	,020	,026	,030	,041	,036	,0437	,0003	,0159
Produits chimiques industriels	,042	,047	,051	,022	,068	,065	,102	,078	,070	,057	,049	,084	,073	,087	,014	,0606	,0005	,0231
Autres produits chimiques	,043	,045	,035	,048	,046	,050	,077	,061	,044	,033	,038	,060	,082	,040	,018	,0480	,0003	,0160
Matériel scientifique et professionnel	,049	,053	,049	,053	,044	,066	,045	,053	,049	,049	,045	,048	,055	,052	,046	,0504	,0000	,0053
Grossistes en médicaments et produits de toilette	,019	,019	,013	,016	,010	,020	,018	,017	,019	,014	,019	,017	,022	,018	,012	,0169	,0000	,0032
Pharmacies	,036	,037	,031	,034	,018	,025	,024	,023	,026	,023	,035	,029	,031	,028	,023	,0282	,0000	,0055

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.4

Ratios du bénéfice après impôt sur le revenu total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./ens. des ind. man.	1,56	1,54	2,33	1,92	1,82	1,15	1,23	1,36	1,32	1,24	1,26	1,55	1,55	1,75	6,18	1,8382	1,4426	1,2011
Ind. pharm./ens. de l'ind. chim.	1,49	1,40	1,63	1,64	1,31	1,13	,87	,89	,94	1,12	1,27	1,02	1,06	1,17	2,43	1,2905	,1498	,3870
Ind. pharm./fertilisants	−,57	−,59	-1,15	-1,10	3,38	1,45	,79	,84	16,67	,83	2,48	2,10	1,49	1,25	7,56	2,3551	18,9908	4,3578
Ind. pharm./ind. pharm	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./peintures	2,56	3,15	4,12	1,68	2,54	1,85	1,38	1,54	1,79	1,92	2,60	1,54	1,78	1,75	2,52	2,1806	,5093	,7137
Ind. pharm./savons	1,10	1,07	1,35	1,17	1,42	1,39	1,35	,74	,89	,91	,96	1,19	1,22	1,23	1,21	1,1465	,0375	,1937
Ind. pharm./produits de toilette	1,31	1,09	1,89	1,97	1,31	1,02	1,38	1,19	,59	1,66	2,60	2,42	2,43	1,71	1,89	1,6302	,3128	,5593
Ind. pharm./prod. chim. ind	1,52	1,34	1,37	3,14	1,04	,94	,64	,73	,71	,84	1,06	,75	1,00	,80	4,86	1,3835	1,2123	1,1011
Ind. pharm./autres prod. chim	1,49	1,40	2,00	1,44	1,54	1,22	,84	,93	1,14	1,45	1,37	1,05	,89	1,75	3,78	1,4864	,4712	,6865
Ind. pharm./mat. scient.	1,31	1,19	1,43	1,30	1,61	,92	1,44	1,08	1,02	,98	1,16	1,31	1,33	1,35	1,48	1,2602	,0368	,1919
Ind. pharm./grossistes en produits	3,37	3,32	5,38	4,31	7,10	3,05	3,61	3,35	2,63	3,43	2,74	3,71	3,32	3,89	5,67	3,9248	1,4010	1,1837
Ind. parm./pharmacies	1,78	1,70	2,26	2,03	3,94	2,44	2,71	2,48	1,92	2,09	1,49	2,17	2,35	2,50	2,96	2,3212	,2207	,5751
Ens. des ind. man./ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./ens. des ind. man.	1,05	1,10	1,43	1,17	1,38	1,02	1,42	1,52	1,39	1,23	,98	1,24	1,47	1,50	2,55	1,3628	,1315	,3626
Fertilisants/ens des ind. man.	-2,34	-2,59	-2,03	-1,75	,54	,79	1,55	1,62	,08	1,66	,50	,60	1,04	1,40	,82	,1256	2,1426	1,4638
Ind. pharm./ens. des ind. man.	1,56	1,54	2,33	1,92	1,82	1,15	1,23	1,36	1,32	1,37	1,24	1,26	1,55	1,75	6,18	1,8382	1,4426	1,2011
Peintures/ens. des ind. man.	,61	,49	,57	1,14	,72	,62	,89	,88	,74	,71	,48	,82	,87	1,00	2,45	,8657	,2127	,4611
Savons/ens. des ind. man.	1,41	1,44	1,73	1,64	1,28	,83	,91	1,83	1,47	1,51	1,29	1,06	1,28	1,43	5,09	1,6136	,9362	,9676
Produits de toilette/ens. des ind. man.	1,20	1,41	1,23	,97	1,38	1,13	,89	1,14	2,24	,83	,48	,52	,64	1,03	3,27	1,2240	,4715	,6866
Prod. chim. ind./ens. des ind. man	1,02	1,15	1,70	,61	1,74	1,24	1,92	1,86	1,84	1,63	1,17	1,68	1,55	2,18	1,27	1,5035	,1607	,4009
Autres prod. chim./ens. des ind. man.	1,05	1,10	1,17	1,33	1,18	,94	1,45	1,16	,94	,90	1,20		,74	1,00	1,64	1,21 74	,0616	,2482
Mat. scient./ens. des ind. man.	1,20	1,29	1,63	1,47	1,13	1,25	,85	1,26	1,29	1,40	1,07	,96	1,17	1,30	4,18	1,4300	,5757	,7587
Grossistes en produits/ens. des ind. man.	,46	,46	,43	,44	,26	,38	,34	,40	,50	,40	,45	,34	,47	,45	1,09	,4589	,0323	,1797
Pharmacies/ens. des ind. man.	,88	,90	1,03	,94	,46	,47	,45	,55	,68	,66	,83	,58	,66	,70	2,09	,7931	,1518	,3896

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.5

Bénéfice après impôt sur avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	,081	,086	,062	,077	,087	,127	,142	,109	,101	,093	,119	,144	,133	,115	,031	,1005	,0009	,0302
Ensemble de l'industrie chimique	,069	,073	,071	,073	,093	,095	,153	,124	,110	,085	,091	,151	,163	,147	,064	,1041	,0011	,0336
Fertilisants	-,205	-,219	-,122	-,178	,049	,092	,234	,074	,004	,123	,046	,095	,220	,304	,038	,0370	,0237	,1540
Produits pharmaceutiques	,129	,121	,127	,131	,129	,127	,147	,132	,121	,118	,130	,163	,180	,178	,166	,1399	,0004	,0205
Peintures et vernis	,048	,041	,036	,090	,064	,084	,141	,095	,078	,075	,056	,131	,134	,131	,077	,0854	,0011	,0338
Savons et produits de nettoyage	,135	,129	,104	,119	,067	,062	,091	,164	,116	,117	,120	,124	,143	,133	,138	,1175	,0007	,0264
Produits de toilette	,120	,116	,081	,070	,126	,147	,106	,098	,252	,088	,063	,075	,102	,149	,133	,1151	,0020	,0449
Produits chimiques industriels	,043	,053	,058	,027	,087	,081	,151	,102	,097	,074	,079	,166	,141	,178	,025	,0908	,0022	,0471
Autres produits chimiques	,084	,082	,070	,096	,097	,110	,191	,151	,110	,077	,097	,157	,198	,100	,043	,1109	,0018	,0428
Matériel scientifique et professionnel	,120	,113	,106	,110	,096	,145	,111	,138	,129	,126	,125	,145	,166	,152	,130	,1275	,0003	,0185
Grossistes en médicaments et produits de toilette	,079	,091	,090	,092	,057	,120	,107	,108	,122	,102	,133	,135	,181	,160	,125	,1135	,0009	,0305
Pharmacies	,145	,142	,127	,150	,084	,117	,131	,135	,156	,144	,213	,175	,189	,192	,175	,1517	,0010	,0318

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.6

Ratios du bénéfice après impôt sur l'avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries, Canada : 1968-1982

Industrie / Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./ens. des ind. man.	1,59	1,41	2,05	1,70	1,48	1,00	1,04	1,21	1,20	1,27	1,09	1,13	1,35	1,55	5,35	1,6284	1,0661	1,0325
Ind. pharm./ens. de l'ind. chim.	1,87	1,66	1,79	1,79	1,39	1,34	,96	1,06	1,10	1,39	1,43	1,08	1,10	1,21	2,59	1,45	,1737	,4168
Ind. pharm./fertilisants	−,63	−,55	-1,04	−,74	2,63	1,38	,63	1,70	30,25	,96	2,83	1,72	,82	,59	4,37	2,993	55,1207	7,4243
Ind. pharm./ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./peintures	2,69	2,95	3,53	1,46	2,02	1,51	1,04	1,39	1,55	1,57	2,32	1,24	1,34	1,36	2,16	1,8753	,4818	,6941
Ind. pharm./savons	,96	,94	1,22	1,10	1,93	2,05	1,62	,80	1,04	1,01	1,08	1,31	1,26	1,34	1,20	1,2573	,1183	,3440
Ind. pharm./produits de toilette	1,08	1,04	1,57	1,87	1,02	,86	1,39	1,35	,48	1,34	2,06	2,17	1,76	1,19	1,25	1,3630	,1987	,4458
Ind. pharm./prod. chim. ind.	3,00	2,28	2,19	4,85	11,48	1,57	,97	1,29	1,25	1,59	1,65	,98	1,28	1,00	6,64	2,1353	2,3951	1,5476
Ind. pharm./autres prod. chim.	1,54	1,48	1,81	1,36														
Ind. pharm./mat. scient.	1,08	1,07	1,20	1,19	1,34	,88	1,32	,96	,94	,94	1,04	1,12	1,08	1,17	1,28	1,1071	,0195	,1397
Ind. pharm./grossistes en produits	1,63	1,33	1,41	1,42	2,26	1,06	1,37	1,22	,99	1,16	,98	1,21	,99	1,11	1,33	1,2989	,0996	,3156
Ind. pharm./pharmacies	,89	,85	1,00	,87	1,54	1,09	1,12	,98	,78	,82	,61	,93	,95	,93	,95	,9534	,0385	,1961
Ens. des ind. man./ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./ens. des ind. man.	,85	,85	1,15	,95	1,07	,75	1,08	1,14	1,09	,91	,76	1,05	1,23	1,28	2,06	1,0807	,0932	,3054
Fertilisants/ens. des ind. man.	-2,53	-2,55	-1,97	-2,31	,56	,72	1,65	,68	,04	1,32	,39	,66	1,65	2,64	1,23	,1460	2,6245	1,6200
Ind. pharm./ens. des ind. man.	1,59	1,41	2,05	1,70	1,48	1,00	1,04	1,21	1,20	1,27	1,09	1,13	1,35	1,55	5,35	1,6284	1,0661	1,0325
Peintures/ens. des ind. man.	,59	,48	,58	1,17	,74	,66	,99	,87	,77	,81	,47	,91	1,01	1,14	2,48	,9113	,2218	,4709
Savons/ens. des ind. man.	1,67	1,50	1,68	1,55	,77	,49	,64	1,50	1,15	1,26	1,01	,86	1,08	1,16	4,45	1,3835	,7997	,8942
Produits de toilette/ens. des ind. man.	1,48	1,35	1,31	,91	1,45	1,16	,75	,90	2,50	,95	,53	,52	,77	1,30	4,29	1,3428	,8434	,9184
Prod. chim. ind./ens. des ind. man.	,53	,62	,94	,35	1,00	,64	1,06	,94	,96	,80	,66	1,15	1,06	1,55	,81	,8705	,0801	,2830
Autres prod. chim./ens. des ind. man.	1,04	,95	1,13	1,25	1,11	,87	1,35	1,39	1,09	,83	,82	1,09	1,49	,87	1,39	1,1097	,0457	,2137
Mat. scient./ens. des ind. man.	1,48	1,31	1,71	1,43	1,10	1,14	,78	1,27	1,28	1,35	1,05	1,01	1,25	1,32	4,19	1,4453	,5841	,7643
Grossistes en produits/ens. des ind. man.	,98	1,06	1,45	1,19	,66	,94	,75	,99	1,21	1,10	1,12	,94	1,36	1,39	4,03	1,2779	,5879	,7667
Pharmacies/ens. des ind. man.	1,79	1,65	2,05	1,95	,97	,92	,92	1,24	1,54	1,55	1,79	1,22	1,42	1,67	5,65	1,7546	1,2030	1,0968

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.7

Bénéfice avant impôt sur le capital utilisé pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	,106	,107	,082	,095	,108	,152	,173	,134	,117	,108	,128	,162	,147	,119	,033	,1181	,0011	,0335
Ensemble de l'industrie chimique	,109	,107	,094	,096	,106	,135	,203	,161	,118	,091	,097	,155	,173	,150	,071	,1244	,0013	,0355
Fertilisants	−,086	−,084	−,042	−,055	,027	,117	,298	,100	−,003	,041	,023	,048	,088	,123	,020	,0410	,0090	,0949
Produits pharmaceutiques	,249	,221	,209	,238	,238	,223	,248	,218	,194	,191	,204	,249	,271	,278	,261	,2328	,0007	,0261
Peintures et vernis	,075	,072	,052	,100	,096	,128	,175	,179	,152	,135	,104	,186	,220	,198	,106	,1319	,0024	,0493
Savon et produits de nettoyage	,207	,204	,172	,193	,111	,095	,134	,161	,160	,166	,161	,158	,174	,182	,181	,1639	,0009	,0301
Produits de toilette	,2[illegible]	,214	,177	,136	,194	,227	,165	,166	,148	,139	,108	,128	,158	,203	,197	,1729	,0013	,0365
Produits chimiques industriels	,063	,071	,060	,038	,051	,101	,174	,126	,099	,066	,061	,131	,137	,129	,021	,0885	,0018	,0419
Autres produits chimiques	,128	,111	,091	,104	,122	,151	,257	,189	,115	,079	,106	,170	,195	,125	,044	,1325	,0026	,0511
Matériel scientifique et professionnel	,237	,203	,173	,179	,151	,219	,165	,218	,205	,194	,185	,215	,251	,228	,194	,2011	,0007	,0268
Grossistes en médicaments et produits de toilette	,150	,149	,163	,139	,112	,173	,192	,197	,201	,198	,183	,238	,267	,226	,184	,1848	,0015	,0387
Pharmacies	,171	,146	,155	,170	,109	,146	,138	,166	,201	,170	,192	,213	,220	,200	,180	,1718	,0009	,0293

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.8

Ratios du bénéfice avant impôt sur le capital utilisé pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	2,35	2,07	2,55	2,51	2,20	1,47	1,43	1,63	1,66	1,77	1,59	1,54	1,84	2,34	7,91	2,3231	2,3672	1,5386
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	2,28	2,07	2,22	2,48	2,25	1,65	1,22	1,35	1,64	2,10	2,10	1,61	1,57	1,85	3,68	2,0049	,3260	,5386
Ind. pharm./Fertilisants	−2,90	−2,63	−4,98	−4,33	8,81	1,91	,83	2,18	−4,67	4,66	8,87	5,19	3,08	2,26	13,05	−1,9105	305,6515	17,4829
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Peintures	3,32	3,07	4,02	2,38	2,48	1,74	1,42	1,22	1,28	1,41	1,96	1,34	1,23	1,40	2,46	2,0490	,7189	,8479
Ind. pharm./Savon	1,20	1,08	1,22	1,23	2,14	2,35	1,85	1,35	1,21	1,15	1,27	1,58	1,56	1,53	1,44	1,4776	,1304	,3611
Ind. pharm./Produits de toilette	1,06	1,03	1,18	1,75	1,23	,98	1,50	1,31	1,31	1,37	1,89	1,95	1,72	1,37	1,32	1,3988	,0861	,2935
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	3,95	3,11	3,48	6,26	4,67	2,21	1,43	1,73	1,96	2,89	3,34	1,90	1,98	2,16	12,43	3,6558	7,1705	2,6778
Ind. pharm./Autres prod. chim.	1,95	1,99	2,30	2,29	1,95	1,48	,96	1,15	1,69	2,42	1,92	1,46	1,39	2,22	5,93	2,0738	1,2402	1,1136
Ind. pharm./Mat. Scient.	1,05	1,09	1,21	1,33	1,58	1,02	1,50	1,00	,95	,98	1,10	1,16	1,08	1,22	1,35	1,1740	,0337	,1836
Ind. pharm./Grossistes en produits	1,66	1,48	1,28	1,71	2,13	1,29	1,29	1,11	,97	,96	1,11	1,05	1,01	1,23	1,42	1,3136	,0982	,3133
Ind. pharm./Pharmacies	1,46	1,51	1,35	1,40	2,18	1,53	1,80	1,31	,97	1,12	1,06	1,17	1,23	1,39	1,45	1,3954	,0852	,2918
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	1,03	1,00	1,15	1,01	,98	,89	1,17	1,20	1,01	,84	,76	,96	1,18	1,26	2,15	1,1056	,0966	,3108
Fertilisants/Ens. des ind. man.	−,81	−,79	−,51	−,58	,25	,77	1,72	,75	−,03	,38	,18	,30	,60	1,03	,61	,2580	,4741	,6886
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	2,35	2,07	2,55	2,51	2,20	1,47	1,43	1,63	1,66	1,77	1,59	1,54	1,84	2,34	7,91	2,3231	2,3672	1,5386
Peintures/Ens. des ind. man.	,71	,67	,63	1,05	,89	,84	1,01	1,34	1,30	1,25	,81	1,15	1,50	1,66	3,21	1,2019	,3772	,6142
Savons/Ens. des ind. man.	1,95	1,91	2,10	2,03	1,03	,63	,77	1,20	1,37	1,54	1,26	,98	1,18	1,53	5,48	1,6635	1,2364	1,1119
Produits de toilette/Ens. des ind. man.	2,21	2,00	2,16	1,43	1,80	1,49	,95	1,24	1,26	1,29	,84	,79	1,07	1,71	5,97	1,7477	1,4640	1,2099
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	,59	,66	,73	,40	,47	,66	1,01	,94	,85	,61	,40	,81	,93	1,08	,64	,7245	,0397	,1992
Autres prod. chim./Ens. des ind. man.	1,21	1,04	1,11	1,09	1,13	,99	1,49	1,41	,98	,73	,83	1,05	1,33	1,05	1,33	1,1180	,0401	,2004
Mat. scient./Ens. des ind. man.	2,24	1,90	2,11	1,88	1,40	1,44	,95	1,63	1,75	1,80	1,45	1,33	1,71	1,92	5,88	1,9580	1,1983	1,0947
Grossistes en produits/Ens. des ind. man.	1,42	1,39	1,99	1,46	1,04	1,14	1,11	1,47	1,72	1,83	1,43	1,47	1,82	1,90	5,58	1,7837	1,1057	1,0515
Pharmacies/Ens. des ind. man.	1,61	1,36	1,89	1,79	1,01	,96	,80	1,24	1,72	1,57	1,50	1,31	1,50	1,68	5,45	1,6935	1,1038	1,0506

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.9

Bénéfice après impôt sur le capital utilisé pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries, Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	,062	,067	,048	,059	,066	,098	,108	,082	,075	,068	,087	,107	,097	,079	,021	,0749	,0005	,0225
Ensemble de l'industrie chimique	,054	,058	,055	,057	,074	,079	,125	,095	,075	,055	,061	,103	,116	,101	,045	,0769	,0006	,0244
Fertilisants	−,089	−,085	−,050	−,064	,025	,076	,198	,069	,001	,036	,016	,037	,081	,115	,018	,0256	,0057	,0754
Produits pharmaceutiques	,122	,115	,121	,123	,124	,117	,133	,115	,103	,105	,117	,143	,161	,160	,151	,1273	,0003	,0178
Peintures et vernis	,043	,035	,032	,078	,058	,074	,126	,083	,067	,063	,047	,108	,115	,110	,063	,0735	,0008	,0288
Savons et produits de nettoyage	,113	,111	,091	,105	,061	,053	,078	,138	,096	,096	,097	,100	,113	,106	,109	,0978	,0004	,0205
Produits de toilette	,117	,113	,076	,065	,116	,139	,101	,09	,223	,08	,059	,065	,092	,127	,117	,1053	,0015	,0394
Produits chimiques industriels	,033	,039	,041	,019	,064	,065	,118	,074	,062	,042	,045	,096	,09	,108	,016	,0608	,0009	,0303
Autres produits chimiques	,065	,066	,056	,077	,074	,087	,150	,107	,070	,052	,066	,112	,146	,070	,029	,0818	,0011	,0325
Matériel scientifique et professionnel	,115	,102	,089	,096	,083	,127	,096	,126	,117	,115	,116	,129	,148	,135	,116	,1140	,0003	,0174
Grossistes en médicaments et produits de toilette	,075	,085	,082	,078	,05	,108	,097	,102	,115	,095	,124	,123	,161	,142	,107	,1029	,0007	,0271
Pharmacies	,125	,126	,110	,13	,072	,101	,116	,117	,142	,118	,184	,155	,160	,160	,138	,1303	,0007	,0267

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés*, (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.10

Ratios du bénéfice après impôt sur le capital utilisé pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982(p)	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,97	1,72	2,52	2,08	1,88	1,19	1,23	1,40	1,37	1,54	1,34	1,66	1,66	2,03	7,19	2,0314	2,0323	1,4256
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	2,26	1,98	2,20	2,16	1,68	1,48	1,06	1,21	1,37	1,91	1,92	1,39	1,39	1,58	3,36	1,7965	,3035	,5509
Ind. pharm./Fertilisants	1,37	− 1,35	− 2,42	− 1,92	4,96	1,45	,67	1,67	103,00	2,92	7,31	3,86	1,99	1,39	8,39	8,7089	644,5301	25,3876
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Peintures	2,84	3,29	3,78	1,58	2,14	1,58	1,06	1,39	1,54	1,67	2,49	1,32	1,40	1,45	2,40	1,9904	,6004	,7748
Ind. pharm./Savons	1,08	1,04	1,33	1,17	2,03	2,21	1,71	,83	1,07	1,09	1,21	1,43	1,42	1,51	1,39	1,3679	,13305	,3647
Ind. pharm./Produits de toilette	1,04	1,02	1,59	1,89	1,07	,84	1,32	1,28	,46	1,31	1,98	2,20	1,75	1,26	1,29	1,3539	,1991	,4462
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	3,70	2,95	2,95	6,47	1,94	1,80	1,13	1,55	1,66	2,50	2,60	1,49	1,79	1,48	9,44	2,8965	4,6841	2,1643
Ind. pharm./Autres prod. chim.	1,88	1,74	2,16	1,60	1,68	1,34	,89	1,07	1,47	2,02	1,77	1,28	1,10	2,29	5,21	1,8330	,9671	,9834
Ind. pharm./Mat. scient.	1,06	1,13	1,36	1,28	1,49	,92	1,39	,91	,88	,91	1,01	1,11	1,09	1,19	1,30	1,1352	,0352	,1875
Ind. pharm./Grossistes en produits	1,63	1,35	1,48	1,58	2,48	1,08	1,37	1,13	,90	1,11	,94	1,16	1,00	1,13	1,41	1,3159	,1445	,3801
Ind. pharm./Pharmacies	,98	,91	1,10	,95	1,72	1,16	1,15	,98	,73	,89	,64	,92	1,01	1,00	1,09	1,0146	,0548	,2340
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	,87	,87	1,15	,97	1,12	,81	1,16	1,16	1,00	,81	,70	,96	1,20	1,28	2,14	1,0788	,1077	,3282
Fertilisants/Ens. des ind. man.	− 1,44	− 1,27	− 1,04	− 1,08	,38	,78	1,83	,84	,01	,53	,18	,35	,84	1,46	,86	,2146	,9360	,9675
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,97	1,72	2,52	2,08	1,88	1,19	1,23	1,40	1,37	1,54	1,34	1,34	1,66	2,03	7,19	2,0314	2,0323	1,4256
Peintures/Ens. des ind. man.	,69	,52	,67	1,32	,88	,76	1,17	1,01	,89	,93	,54	1,01	1,19	1,39	3,00	1,0643	,3329	,5770
Savons/Ens. des ind. man.	1,82	1,66	1,90	1,78	,92	,54	,72	1,68	1,28	1,41	1,11	,93	1,16	1,34	5,19	1,5642	1,0982	1,0479
Produits de toilette/Ens. des ind. man.	1,89	1,69	1,58	1,10	1,76	1,42	,94	1,10	2,97	1,18	,68	,61	,95	1,61	5,57	1,6687	1,4078	1,1875
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	,53	,58	,85	,32	,97	,66	1,09	,90	,83	,62	,52	,90	,93	1,37	,76	,7889	,0637	,2523
Autres prod. chim./Ens. des ind. man.	1,05	1,52	1,85	1,63	1,26	,89	1,39	1,30	,93	,76	,76	1,05	1,51	,89	1,38	1,0989	,0521	,2283
Mat. scient./Ens. des ind. man.	1,85	1,52	1,85	1,63	1,26	1,30	,89	1,54	1,56	1,69	1,33	1,23	1,53	1,71	5,52	1,7591	1,0751	1,0369
Grossistes en produits/Ens. des ind. man.	1,21	1,27	1,71	1,32	,76	1,10	,90	1,24	1,53	1,40	1,43	1,15	1,66	1,80	5,10	1,5712	,9636	,9816
Pharmacies/Ens. des ind. man.	2,02	1,88	2,29	2,20	1,09	1,03	1,07	1,43	1,89	1,74	2,11	1,45	1,65	2,03	6,57	2,0302	1,6333	1,2780

Source : Statistique Canada, *Statistiques financières des sociétés* (nº 61-207 au catalogue)

Tableau A6.11

Bénéfice après impôt sur les ventes pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	0,051	0,048	0,04	0,042	0,043	0,047	0,055	0,046	0,054	0,053	0,054	0,057	0,049	0,047	0,035	0,0481	0,0000	0,0060
Ensemble de l'industrie des produits chimiques et des produits connexes	0,068	0,065	0,059	0,061	0,064	0,068	0,084	0,076	0,075	0,072	0,073	0,075	0,071	0,069	0,055	0,0690	0,0001	0,0072
Industrie pharmaceutique	0,097	0,096	0,094	0,095	0,101	0,102	0,122	0,122	0,122	0,121	0,128	0,129	0,132	0,109	0,131	0,1134	0,0002	0,0141
Produits chimiques industriels	0,063	0,06	0,05	0,05	0,055	0,065	0,084	0,069	0,069	0,065	0,068	0,067	0,054	0,058	0,033	0,0607	0,0001	0,0112
Instruments et produits connexes	0,081	0,078	0,073	0,072	0,082	0,084	0,093	0,076	0,079	0,09	0,093	0,087	0,093	0,09	0,08	0,0834	0,0000	0,0070

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission. *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.12

Ratios du bénéfice après impôt sur les ventes pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,90	2.00	2,35	2,26	2,35	2,17	2,22	2,65	2,26	2,28	2,37	2,26	2,69	2,32	3,74	2,3890	,1686	,4106
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	1,43	1,48	1,59	1,56	1,58	1,50	1,45	1,61	1,63	1,68	1,75	1,72	1,86	1,58	2,38	1,6527	,0508	,2253
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	1,54	1,60	1,88	1,90	1,84	1,57	1,45	1,77	1,77	1,86	1,88	1,93	2,44	1,88	3,97	1,9518	,3408	,5838
Ind. pharm./Instr.	1,20	1,23	1,29	1,32	1,23	1,21	1,31	1,61	1,54	1,34	1,38	1,48	1,42	1,21	1,64	1,3160	,0202	,1420
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	1,33	1,35	1,48	1,45	1,49	1,45	1,53	1,65	1,39	1,36	1,35	1,32	1,45	1,47	1,57	1,4422	,0084	,0915
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,90	2,00	2,35	2,26	2,35	2,17	2,22	2,65	2,26	2,28	2,37	2,26	2,69	2,32	3,74	2,3890	,1686	,4106
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	1,24	1,25	1,25	1,19	1,28	1,38	1,53	1,50	1,28	1,23	1,26	1,18	1,10	1,23	,94	1,2555	,0190	,1378
Instr./Ens. des ind. man.	1,59	1,63	1,83	1,71	1,91	1,79	1,69	1,65	1,46	1,70	1,72	1,53	1,90	1,91	2,29	1,7532	,0373	,1931

Source : United States Bureau of the Census. Federal Trade Commission. *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.13

Bénéfice après impôt sur l'avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	0,121	0,115	0,093	0,097	0,106	0,128	0,149	0,116	0,14	0,142	0,15	0,165	0,139	0,136	0,093	0,1260	0,0005	0,0216
Ensemble de l'industrie des produits chimiques et des produits connexes	0,133	0,128	0,114	0,118	0,129	0,148	0,183	0,152	0,155	0,151	0,156	0,167	0,154	0,148	0,111	0,1431	0,0004	0,0197
Industrie pharmaceutique	0,183	0,184	0,176	0,179	0,184	0,19	0,188	0,178	0,181	0,182	0,191	0,193	0,199	0,169	0,196	0,1849	0,0001	0,0078
Produits chimiques industriels	0,11	0,105	0,085	0,087	0,1	0,13	0,176	0,132	0,143	0,135	0,145	0,152	0,119	0,132	0,065	0,1211	0,0008	0,0283
Instruments et produits connexes	0,166	0,156	0,143	0,135	0,149	0,159	0,163	0,135	0,147	0,169	0,179	0,168	0,175	0,169	0,143	0,1571	0,0002	0,0138

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.14

Ratios du bénéfice après impôt sur l'avoir des actionnaires pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,51	1,60	1,89	1,85	1,74	1,48	1,26	1,53	1,29	1,28	1,27	1,17	1,43	1,24	2,11	1,5111	,0724	,2691
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	1,38	1,44	1,54	1,52	1,43	1,28	1,03	1,17	1,17	1,21	1,22	1,16	1,29	1,14	1,77	1,3157	,0353	,1879
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	1,66	1,75	2,07	2,06	1,84	1,46	1,07	1,35	1,27	1,35	1,32	1,27	1,67	1,28	3,02	1,6287	,2229	,4721
Ind. pharm./Instr.	1,10	1,18	1,23	1,33	1,23	1,19	1,15	1,32	1,23	1,08	1,07	1,15	1,14	1,00	1,37	1,1848	,0100	,1001
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	1,10	1,11	1,23	1,22	1,22	1,16	1,23	1,31	1,11	1,06	1,04	1,01	1,11	1,09	1,19	1,1452	,0065	,0809
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,51	1,60	1,89	1,85	1,74	1,48	1,26	1,53	1,29	1,28	1,27	1,17	1,43	1,24	2,11	1,5111	,0724	,2691
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	,91	,91	,91	,90	,94	1,02	1,18	1,14	1,02	,95	,97	,92	,86	,97	,70	,9531	,0119	,1091
Instr./Ens. des ind. man.	1,37	1,36	1,54	1,39	1,41	1,24	1,09	1,16	1,05	1,19	1,19	1,02	1,26	1,24	1,54	1,2703	,0242	,1554

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.15

Bénéfice avant impôt sur l'actif total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	0,119	0,111	0,085	0,089	0,099	0,114	0,125	0,101	0,122	0,124	0,128	0,131	0,109	0,105	0,068	0,1087	0,0003	0,0172
Ensemble de l'industrie des produits chimiques et des produits connexes	0,145	0,14	0,119	0,12	0,13	0,147	0,173	0,138	0,141	0,135	0,132	0,135	0,121	0,115	0,078	0,1313	0,0004	0,0198
Industrie pharmaceutique	0,238	0,235	0,207	0,202	0,202	0,203	0,194	0,179	0,179	0,18	0,181	0,171	0,169	0,142	0,159	0,1894	0,0006	0,0253
Produits chimiques industriels	0,109	0,105	0,079	0,08	0,094	0,122	0,162	0,116	0,124	0,113	0,113	0,112	0,085	0,09	0,035	0,1026	0,0007	0,0272
Instruments et produits connexes	0,198	0,188	0,16	0,15	0,174	0,177	0,171	0,136	0,155	0,192	0,192	0,172	0,175	0,163	0,129	0,1678	0,0004	0,0188

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.16

Ratios du bénéfice avant impôt sur l'actif total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	2,00	2,12	2,44	2,27	2,04	1,78	1,55	1,77	1,47	1,45	1,41	1,31	1,55	1,35	2,34	1,7898	,1374	,3707
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	1,64	1,68	1,74	1,68	1,55	1,38	1,12	1,30	1,27	1,33	1,37	1,27	1,40	1,23	2,04	1,4671	,0567	,2382
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	2,18	2,24	2,62	2,53	2,15	1,66	1,20	1,54	1,44	1,59	1,60	1,53	1,99	1,58	4,54	2,0263	,6154	,7845
Ind. pharm./Instr.	1,20	1,25	1,29	1,35	1,16	1,15	1,13	1,32	1,15	1,02	,94	,99	,97	,87	1,23	1,1353	,0200	,1415
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	1,22	1,26	1,40	1,35	1,31	1,29	1,38	1,37	1,16	1,09	1,03	1,03	1,11	1,10	1,15	1,2160	,0159	,1260
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	2,00	2,12	2,44	2,27	2,04	1,78	1,55	1,77	1,47	1,45	1,41	1,31	1,55	1,35	2,34	1,7898	,1374	,3707
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	,92	,95	,93	,90	,95	1,07	1,30	1,15	1,02	,91	,88	,85	,78	,86	,51	,9314	,0279	,1672
Instr./Ens. des ind. man.	1,66	1,69	1,88	1,69	1,76	1,55	1,37	1,35	1,27	1,43	1,50	1,31	1,61	1,55	1,90	1,5677	,0367	,1916

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.17

Bénéfice après impôt sur l'actif total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ensemble des industries manufacturières	0,069	0,063	0,05	0,052	0,057	0,067	0,08	0,062	0,075	0,076	0,078	0,084	0,069	0,067	0,045	0,0663	0,0001	0,0111
Ensemble de l'industrie des produits chimiques et des produits connexes	0,079	0,075	0,066	0,068	0,074	0,084	0,106	0,086	0,086	0,083	0,084	0,09	0,082	0,078	0,057	0,0799	0,0001	0,0110
Industrie pharmaceutique	0,124	0,122	0,113	0,113	0,116	0,116	0,122	0,114	0,115	0,114	0,119	0,119	0,12	0,099	0,116	0,1161	0,0000	0,0057
Produits chimiques industriels	0,062	0,058	0,046	0,047	0,055	0,07	0,097	0,071	0,075	0,07	0,073	0,076	0,059	0,065	0,031	0,0637	0,0002	0,0151
Instruments et produits connexes	0,104	0,097	0,086	0,082	0,096	0,1	0,106	0,085	0,091	0,106	0,113	0,106	0,111	0,107	0,092	0,0988	0,0001	0,0095

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.18

Ratios du bénéfice après impôt sur l'actif total pour l'industrie pharmaceutique et certaines industries : États-Unis, 1968-1982

Industrie/Année	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Moyenne	Variance	Écart-type
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,80	1,94	2,26	2,17	2,04	1,73	1,53	1,84	1,53	1,50	1,53	1,42	1,74	1,48	2,58	1,8045	,1068	,3268
Ind. pharm./Ens. de l'ind. chim.	1,57	1,63	1,71	1,66	1,57	1,38	1,15	1,33	1,34	1,37	1,42	1,32	1,46	1,27	2,04	1,4808	,0453	,2128
Ind. pharm./Ind. pharm.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ind. pharm./Prod. chim. ind.	2,00	2,10	2,46	2,40	2,11	1,66	1,26	1,61	1,53	1,63	1,63	1,57	2,03	1,52	3,74	1,9500	,3417	,5845
Ind. pharm./Instr.	1,19	1,26	1,31	1,38	1,21	1,16	1,15	1,34	1,26	1,08	1,05	1,12	1,08	,93	1,26	1,1856	,0140	,1182
Ens. des ind. man./Ens. des ind. man.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,0000	,0000	,0000
Ens. de l'ind. chim./Ens. des ind. man.	1,14	1,19	1,32	1,31	1,30	1,25	1,33	1,39	1,15	1,09	1,08	1,07	1,19	1,16	1,27	1,2156	,0094	,0968
Ind. pharm./Ens. des ind. man.	1,80	1,94	2,26	2,17	2,04	1,73	1,53	1,84	1,53	1,50	1,53	1,42	1,74	1,48	2,58	1,8045	,1068	,3268
Prod. chim. ind./Ens. des ind. man.	,90	,92	,92	,90	,96	1,04	1,21	1,15	1,00	,92	,94	,90	,86	,97	,69	,9524	,0137	,1171
Instr./Ens. des ind. man.	1,51	1,54	1,72	1,58	1,68	1,49	1,33	1,37	1,21	1,39	1,45	1,26	1,61	1,60	2,04	1,5190	,3401	,2003

Source : United States Bureau of the Census, Federal Trade Commission, *Quarterly Financial Report for Manufacturing*

Tableau A6.19

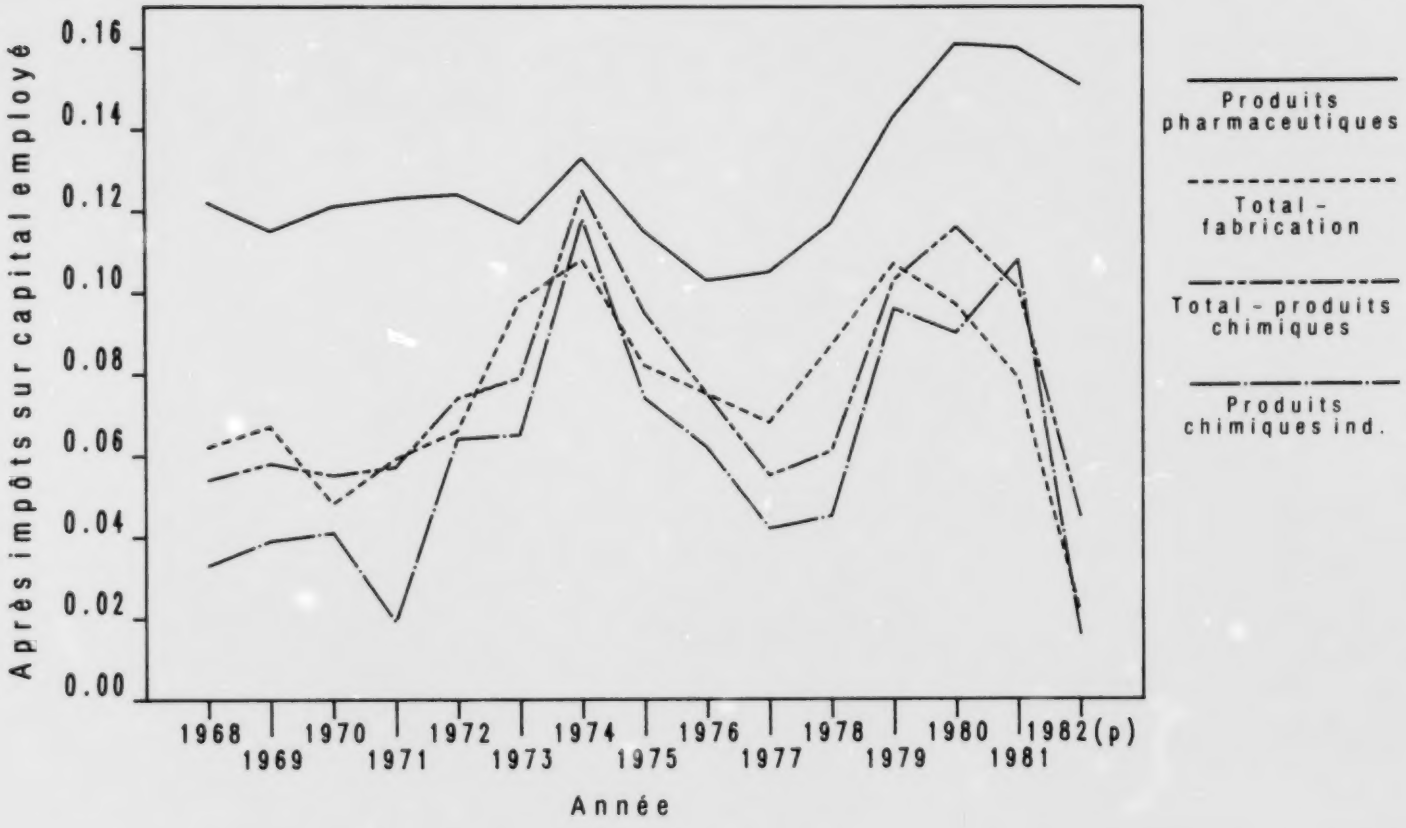
Statistiques importantes sur le rendement après impôt de l'avoir des actionnaires pour certaines sociétés de produits pharmaceutiques : Canada, 1972-1981

Société	Moyenne 1972-1981 %	Minimum 1972-1981 %	Maximum 1972-1981 %	Écart-type 1972-1981 %	Variation 1972-1981 %
Allergan Canada Ltée	12,256	– 66,122	39,781	28,874	8,337
Astra Pharmaceuticals Canada Ltée	7,164	– 23,180	26,348	13,341	1,780
Burroughs Wellcome Inc.	19,157	15,060	23,261	2,689	,072
Cyanamid Canada Inc.	14,387	6,073	27,595	6,769	,458
Eli Lilly Canada Inc.	25,366	– 5,703	47,986	14,766	2,180
Hoechst Canada Inc.	19,896	4,049	42,172	11,50	1,325
Hoffmann-La Roche Limitée	– 15,961	– 112,330	3,005	33,391	11,150
Pennwalt of Canada, Limitée	18,214	11,853	26,362	4,821	,232
Rhône-Poulenc Pharma Inc.	24,138	14,089	48,894	10,294	1,060
Riker Canada Inc.	19,591	4,868	41,894	9,574	,917
Roussel Canada Inc.	27,865	4,829	61,510	18,404	3,387
Sandoz (Canada) Limitée	6,868	,479	14,053	4,620	,213
Schering Canada Inc.	26,633	19,409	50,306	8,884	,789
Smith Kline & French Canada Ltée	16,803	,803	35,165	11,906	1,418
Squibb Canada Ltée	11,814	3,061	22,527	5,846	,342
Wyeth Ltée	54,119	33,293	91,704	15,595	2,432

Source : Rapports annuels des sociétés

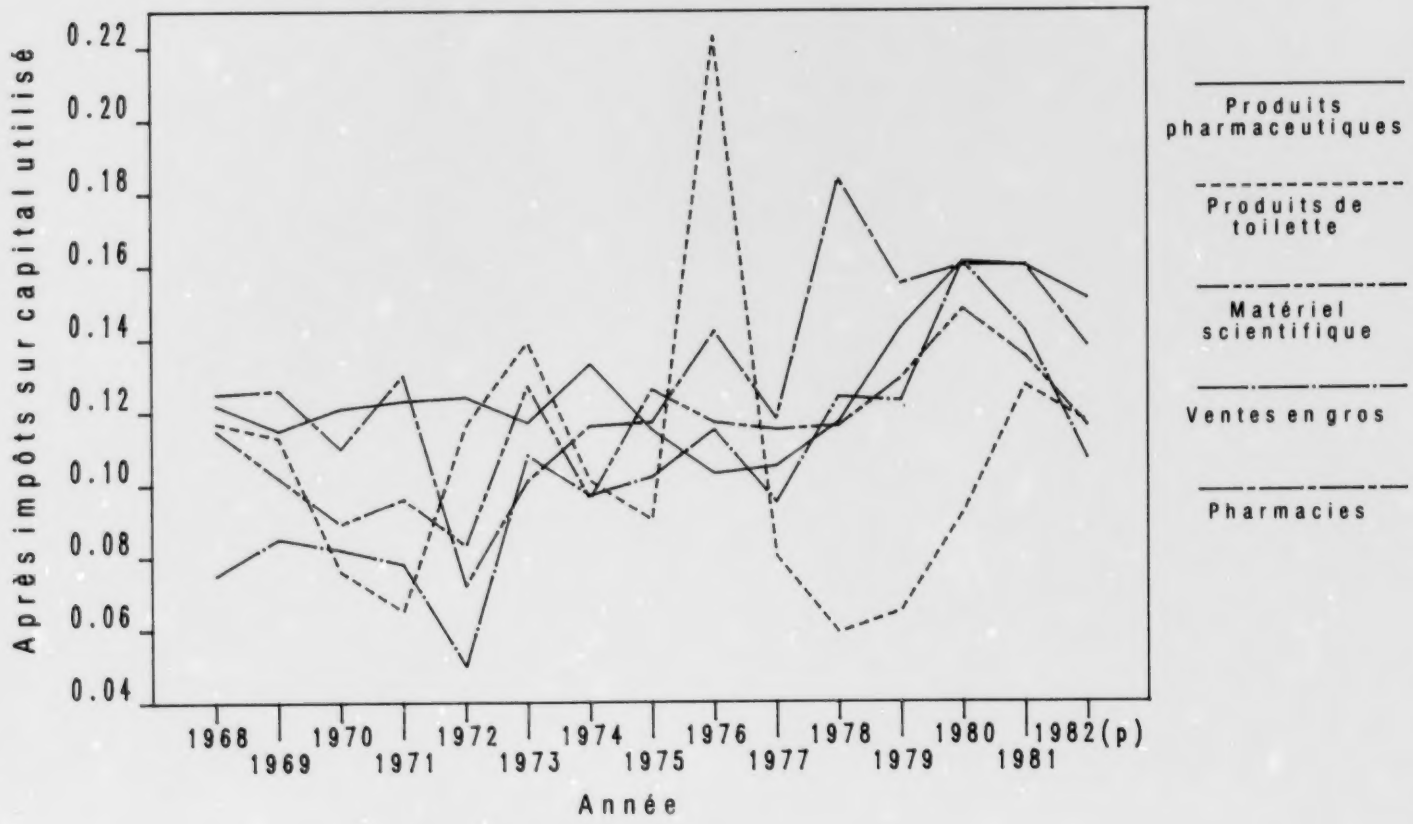
Graphique A6.1

Bénéfice après impôt sur le capital utilisé, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



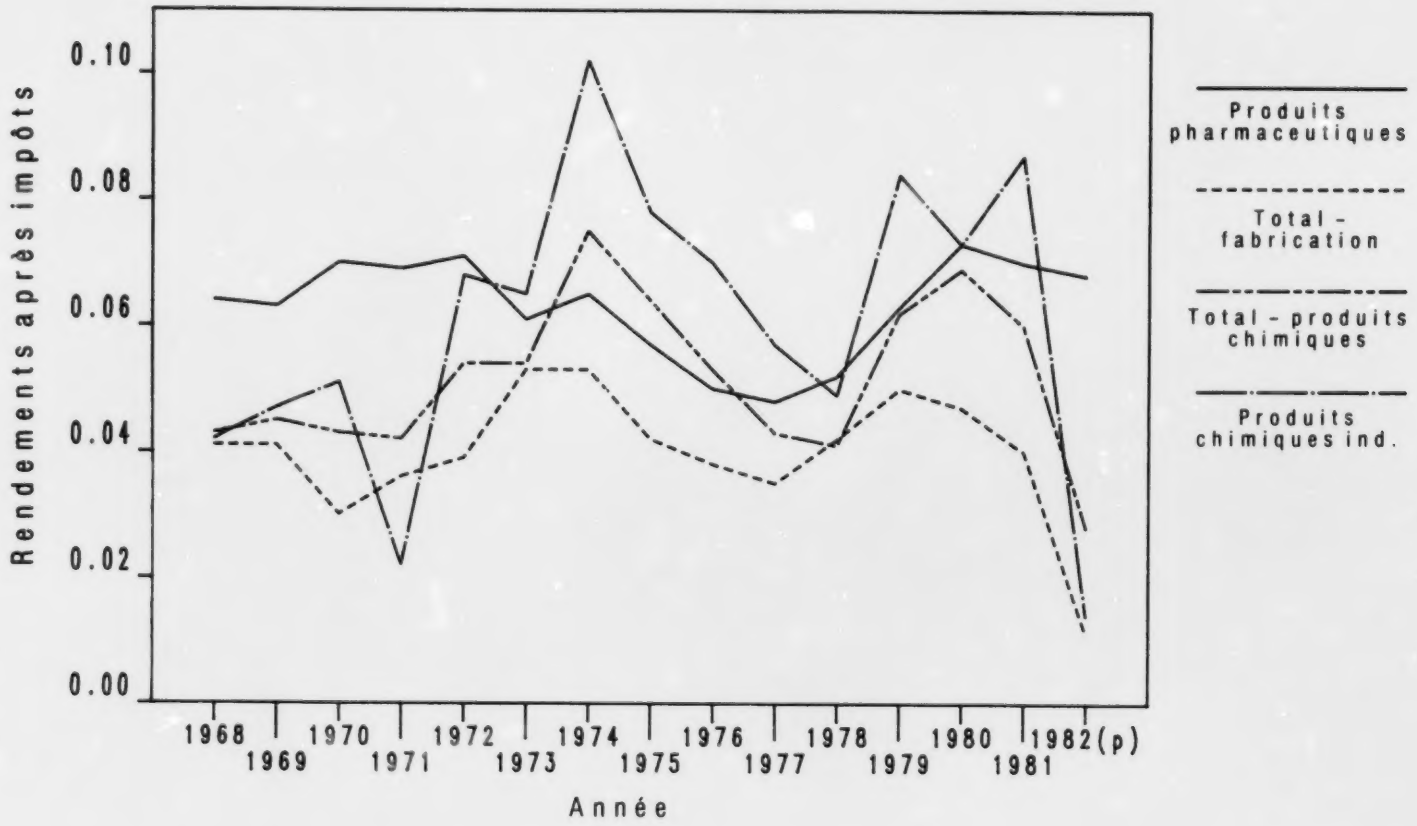
Graphique A6.2

Bénéfice après impôt sur le capital utilisé, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



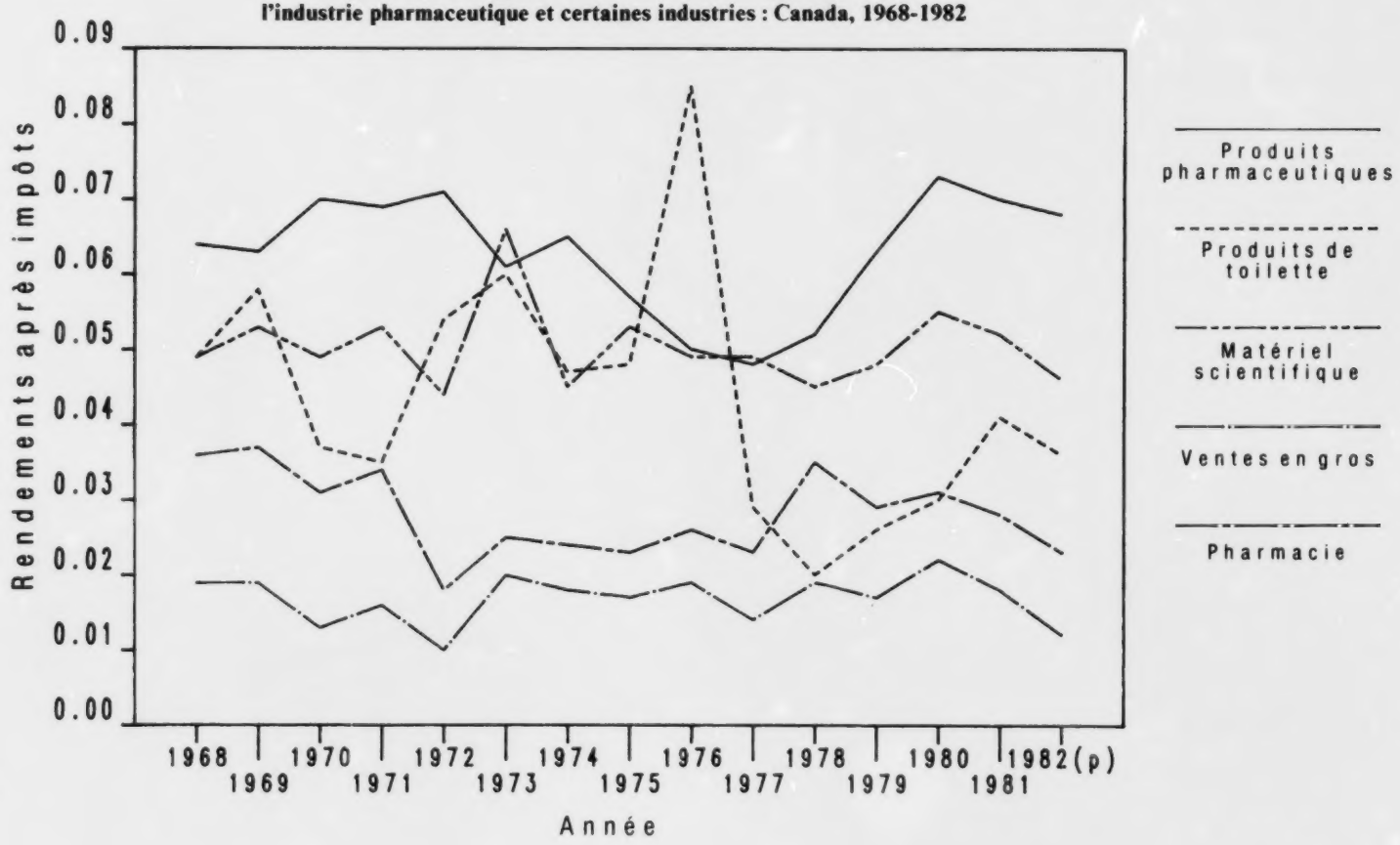
Graphique A6.3

Bénéfice après impôt sur le revenu total, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



Graphique A6.4

Bénéfice après impôt sur le revenu total, comparaison entre l'industrie pharmaceutique et certaines industries : Canada, 1968-1982



Chapitre 7

Performance du marché : les prix

Introduction

Le niveau des prix est aussi un indicateur important de la performance d'une entreprise. En règle générale, compte tenu de la qualité et de la variété des produits, la performance est jugée meilleure lorsque les prix sont constants ou à la baisse. On ne peut évidemment pas évaluer les changements des prix sans tenir compte d'autres facteurs. On peut analyser les prix par rapport aux prix classiques, par rapport aux prix en vigueur dans d'autres industries et par rapport aux prix des produits et des services d'une industrie particulière dans d'autres pays.

Dans la première partie de ce chapitre, nous analyserons les changements qu'ont subis les prix au cours des deux dernières décennies. Notre analyse portera sur l'industrie pharmaceutique ainsi que sur d'autres industries choisies au Canada et sur l'industrie d'autres pays, particulièrement celle des États-Unis.

Le problème majeur lié aux indices des prix pour un grand nombre d'entreprises commerciales est la difficulté de tenir compte des changements de la qualité des produits. Ce problème est particulièrement aigu pour l'industrie pharmaceutique qui, chaque année, doit affronter la concurrence de plusieurs nouveaux produits lancés sur le marché. Au Canada, comme dans la plupart des pays, en vertu de la méthode habituellement appliquée pour interpréter l'indice des prix dans l'industrie pharmaceutique, on considère ces produits nouvellement lancés comme des produits carrément nouveaux. Ainsi, l'indice des prix ne traduit pas l'augmentation du prix du nouveau produit par rapport à celui de l'ancien produit, même dans les cas fréquents où l'ancien et le nouveau médicaments ont, pour le malade éventuel, la même valeur thérapeutique et, à toutes fins pratiques, sont un même produit. La deuxième partie de ce chapitre traite de ce problème de remplacement des produits et de l'amélioration éventuelle de leur qualité.

La troisième partie du chapitre présente les résultats de deux études importantes sur la comparaison des prix des produits pharmaceutiques au Canada et de ceux pratiqués aux États-Unis de 1968 à 1983. Les résultats de ces études nous renseignent sur les effets possibles de l'octroi de licence obligatoire comme en témoigne la réduction des dépenses relatives aux produits pharmaceutiques au Canada.

On passera également en revue plusieurs autres études et séries de données qui permettent la comparaison des prix de certains pays avec ceux en vigueur au Canada.

La principale difficulté que présente l'analyse des variations de prix et l'analyse des prix en vigueur au Canada par rapport à ceux d'autres pays est de déterminer si cette situation est la conséquence, sinon la preuve, du changement apporté à la politique de l'octroi de licence obligatoire en 1969. En modifiant les règlements régissant l'octroi de licence obligatoire en 1969, le gouvernement visait à réduire les prix des médicaments considérés à cette époque comme relativement élevés. En effet, toute chose étant égale par ailleurs, la nature des changements laissait prévoir des réductions assez importantes des prix appliqués par toute l'industrie pharmaceutique canadienne.

Comme il a été démontré dans le chapitre précédent sur les profits, l'octroi de licence obligatoire n'est pas le seul facteur dont il faut tenir compte. Il s'agit notamment des facteurs liés à une demande croissante de la population pour laquelle les frais de médicaments sont remboursés et aussi, le pourcentage croissant des personnes de plus de 65 ans qui consomment des produits pharmaceutiques de façon disproportionnée. Ces deux facteurs peuvent mousser passablement les ventes. En effet, si ce n'était les modifications apportées au règlement relatif à l'octroi de licence obligatoire ou à toute autre politique gouvernementale, on s'attendrait à une majoration marquée des prix, au moins jusqu'à ce que l'expiration des brevets permette l'implantation dans le marché de nouvelles entreprises, à la suite de l'accroissement de la demande.

Variations générales du niveau des prix

On constate des variations générales des prix tant au niveau de la fabrication que du détail. Cependant, on s'attendrait à ce que la politique de 1969 sur l'octroi de licence obligatoire influe plus directement sur la fabrication et, par conséquent, sur les prix à ce niveau. Par contre, les prix de détail englobent plusieurs éléments en plus des frais des fabricants qui représentent moins de 50 pour cent des prix de détail. Donc les modifications dans le marché des pharmacies de détail et dans la politique d'achat des hôpitaux peuvent entraîner des variations dans les prix de détail. Ces changements peuvent correspondre ou non aux changements au niveau de la fabrication et, par conséquent, les effets prévus de l'octroi de licence obligatoire au niveau des prix de détail seront beaucoup moins directs qu'au niveau de la fabrication. Néanmoins, les modifications des prix au niveau du détail sont analysées.

Prix dans le secteur de la fabrication

Le tableau 7.1 présente un résumé des prix du secteur de la fabrication sous forme d'indice des prix de vente dans l'industrie des produits pharmaceuti-

Tableau 7.1

Résumé des indices des prix de vente dans l'industrie des produits pharmaceutiques et dans certaines autres industries : Canada, 1961-1971, 1971-1981 et 1980 à septembre 1984

Industrie et groupe d'industries	1961-71 (1961=100)	1971-81 (1971=100)	1980 à sept. 1984 (1980=100)
Ensemble du secteur manufacturier	121,4	272,4	126,2
Produits chimiques	102,6	286,4	131,4
Fabricants de produits pharmaceutiques	107,8	189,8	149,4
Produits pharmaceutiques brevetés	104,2	209,2	157,7
Antibiotiques: produits à base de pénicilline		89,2	138,5
Antibiotiques: autres produits		139,0	134,8
Vitamines		163,3	110,0
Hormones sexuelles		211,3	189,9
Antiseptiques oraux		242,0	135,2
Préparations de prescriptions pour usage humain		196,9	158,5
Fabricants de savon et de produits de nettoyage		209,9	127,3
Fabricants de produits de toilette		204,8	153,4
Préparations médicinales et pharmaceutiques		203,9	148,4

Source : Statistique Canada, *Indices des prix à la consommation* (nº 62-011 au catalogue), divers numéros, 1961 à 1984

ques et dans certaines autres industries et entreprises commerciales de produits et de services. Ces données se rapportent à trois périodes : 1961 à 1971, 1971 à 1981 et 1980 à septembre 1984.

La première conclusion majeure que l'on peut tirer est qu'il existe une différence dans les variations relatives des prix qui ont caractérisé les trois périodes visées. Pendant la première de ces périodes, de 1961 à 1971, les produits pharmaceutiques et ceux décrits comme «produits pharmaceutiques brevetés» ont subi des variations de prix bien plus faibles que tous les autres produits manufacturés. En réalité, les prix de ces derniers ont augmenté de 13 pour cent environ par rapport à l'ensemble des produits pharmaceutiques pendant la période écoulée et de 17 pour cent environ par rapport à ceux des produits pharmaceutiques brevetés. Comme en témoignent ces variations générales dans l'indice des prix de vente dans l'industrie, la performance de l'industrie des produits pharmaceutiques est nettement supérieure à celle de l'ensemble du secteur manufacturier.

L'analyse de la progression des prix durant la deuxième période, de 1971 à 1981, révèle encore une fois une progression supérieure. Au cours de cette période, les prix de tous les produits manufacturés ont augmenté de 44 pour cent environ par rapport à l'ensemble des produits pharmaceutiques et de 30 pour cent environ par rapport à ceux des préparations d'ordonnance pour des usage sur des humains n.d.a.

La progression marquée des produits pharmaceutiques pendant cette période par rapport à la période précédente (de 1961 à 1971) correspond aux résultats prévus et souhaités du nouveau règlement sur l'octroi de licence obligatoire.

Pour ce qui est de la dernière période de quatre ans, la situation est quelque peu différente. Il s'agit bien sûr d'une période durant laquelle l'économie canadienne a connu une récession assez grave. L'indice du prix de vente dans l'industrie pour l'ensemble des produits pharmaceutiques et des produits pharmaceutiques brevetés révèle que les prix de ces produits progressent beaucoup plus rapidement que ceux de tous les produits manufacturés. En fait, les prix des produits manufacturés n'ont augmenté que de 80 pour cent aussi rapidement que ceux des préparations d'ordonnance pour usage sur des humains n.d.a. et de 84 pour cent aussi rapidement que ceux de l'ensemble des produits pharmaceutiques.

Les variations traditionnelles des prix des produits pharmaceutiques par rapport à tous les produits manufacturés et, en fait, par rapport à ceux de nombreuses autres entreprises commerciales, ont donc connu un renversement net au cours de la dernière période de quatre ans. Ce renversement s'explique, entre autres, par le fait que le secteur de la santé est, par sa nature, pratiquement à l'abri des récessions économiques : les dépenses des organismes d'assurance, particulièrement les gouvernements, en matière de remboursement de médicaments sont considérées assez importantes pour être épargnées durant une récession.

Les données sur les prix de fabrication de produits pharmaceutiques et sur ceux d'autres industries et entreprises commerciales aux États-Unis sont un autre outil qui permet de comparer la performance des fabricants de produits pharmaceutiques au Canada. Ces renseignements figurent au tableau 7.2.

Il existe une nette ressemblance entre le Canada et les États-Unis pour ce qui est des tendances dans les variations relatives de niveaux de prix. Dans les deux pays, les prix ont progressé plus rapidement en général vers la fin des années 1960 et durant les années 1970 que pour les produits pharmaceutiques dans l'ensemble ou plus particulièrement pour les médicaments livrés sur ordonnance. Par contre, au cours de la dernière période de quatre ans, de 1980 à septembre 1984, les prix des médicaments livrés sur ordonnance et ceux de tous les médicaments ont progressé beaucoup plus rapidement que ceux de tous les produits.

Ces traits communs sont probablement étroitement reliés à ceux qui caractérisent la demande de produits pharmaceutiques. On les retrouve

Tableau 7.2

Résumé des indices des prix à la production — Industries pharmaceutiques et industries choisies : États-Unis, 1971-1981 et 1980 à septembre 1984

Industrie et groupe d'industries	1971-1981 (1971=100)	1980-sept. 1984 (1980=100)
Ensemble des produits	257,6	115,1
Ensemble des produits industriels	266,8	117,3
Ensemble des produits chimiques et des produits connexes	276,0	115,8
Produits pharmaceutiques	189,0	139,1
Produits de prescription médicale (ordonnance)	173,4	151,7
Médicaments en vente libre	207,7	141,3
Produits chimiques industriels	356,2	104,4
Produits chimiques agricoles	309,1	110,9

Source : United States Bureau of Labour Statistics, *Producer Prices and Price Indexes*, publications choisies, 1967-1984

également dans la répartition de la population selon l'âge, particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans, et dans les régimes d'assurance-médicaments à tiers payant.

De 1971 à 1981, les prix de tous les produits aux États-Unis ont progressé de 36 pour cent environ par rapport à ceux de tous les produits pharmaceutiques. De la même manière, comme on l'a déjà signalé, les prix de tous les produits manufacturés au Canada ont progressé plus rapidement que ceux de tous les produits pharmaceutiques (dans une proportion de 44 pour cent environ). D'autre part, aux États-Unis, tous les produits pharmaceutiques ont subi des hausses de prix de 73 pour cent environ par rapport à l'ensemble des produits, tandis qu'au Canada, les variations des prix des produits pharmaceutiques étaient de 70 pour cent environ par rapport aux variations des prix de tous les produits manufacturés. Ces comparaisons confirment donc l'hypothèse selon laquelle la modification apportée en 1969 au régime de l'octroi de licence obligatoire retarderait les variations relatives des prix au Canada par rapport à celles du marché américain.

L'analyse de la dernière période de quatre ans révèle que les prix de tous les produits pharmaceutiques au Canada ont progressé de 18 pour cent environ par rapport aux prix de tous les produits manufacturés; aux États-Unis, cette proportion est de 21 pour cent. De même, si au Canada les prix des préparations d'ordonnance à usage humain n.d.a. progressaient de 26 pour cent par rapport aux prix de tous les produits manufacturés, aux États-Unis, cette proportion pour les médicaments livrés sur ordonnance était de 32 pour cent

environ. En conséquence, les données sur le niveau des prix pour la dernière période de quatre ans permettent, encore une fois, de supposer que l'octroi de licence obligatoire a freiné les variations des prix au Canada par rapport à celles de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis.

Variations du niveau des prix de détail

Les variations de l'indice des prix à la consommation des produits pharmaceutiques et de certains autres produits au Canada, pour les périodes de 1961 à 1971, 1971 à 1981 et de 1980 à septembre 1984 sont exposées au tableau 7.3. Comme dans le cas des prix de fabrication, les prix à la consommation ont suivi des courbes passablement différentes durant les années 1960 et 1970 par rapport à la dernière période de quatre ans. Durant les années 1960 et 1970, les prix de tous les produits ont progressé de 30 à 40 pour cent environ par rapport à ceux de tous les produits pharmaceutiques et de ceux de la sous-catégorie des médicaments livrés sur ordonnance. Par contre, de 1980 à septembre 1984, les prix de tous les produits visés par l'indice des prix à la consommation ont progressé de 85 pour cent environ par rapport aux prix des médicaments livrés sur ordonnance.

En ce qui concerne la comparaison des variations de prix relatives dans les années 1960 par rapport aux années 1970, les prix de tous les produits liés aux médicaments sur ordonnance ont progressé plus rapidement durant les années 1960 que durant les années 1970. Ces tendances sont contraires à celles que

Tableau 7.3

Résumé des indices des prix à la consommation—produits pharmaceutiques et autres articles choisis : Canada, 1961-1971, 1971-1981, et 1980 à septembre 1984

Articles	1961-1971 (1961=100)	1971-1981 (1971=100)	1980-sept. 1984 (1980=100)
Ensemble des articles	133,4	237,0	138,4
Ensemble des marchandises		245,7	136,9
Santé et soins personnels	142,4	221,2	137,3
Soins	143,0	217,2	145,5
Hygiène dentaire	171,4	245,5	143,5
Fournitures médicales et produits pharmaceutiques	97,0	187,4	156,2
Médicaments d'ordonnance	93,8	181,6	161,9
Médicaments en vente libre	101,4	200,8	144,4
Soins personnels	142,6	222,7	131,7
Fournitures et matériel de soins personnels	123,5	180,5	135,2

Source : Statistique Canada, *Prix à la consommation et indices des prix*, (n° 62-010 au catalogue), publications choisies, 1961-1984

révèle l'indice des prix de vente dans l'industrie au tableau 7.1. Cependant, comme on l'a déjà signalé, l'octroi de licence obligatoire aura de plus grandes répercussions sur les prix de fabrication selon l'indice des prix de vente dans l'industrie que sur les prix de détail, selon l'indice des prix à la consommation. Les prix de détail (y compris les honoraires professionnels) des médicaments sur ordonnance sont à peu près le double de ce qu'ils sont à la sortie de l'usine. Par conséquent, les changements de la structure du marché de détail peuvent entraîner des hausses de prix suffisamment fortes pour contrebalancer les baisses de prix attribuables à l'octroi de licence obligatoire.

Le tableau 7.4 présente des données semblables sur les prix à la consommation aux États-Unis. Encore une fois, on constate que les tendances des prix varient considérablement entre les années 1970 et la dernière période de quatre ans. Entre 1971 et 1981, les prix de tous les produits aux États-Unis ont progressé de 32 pour cent environ par rapport aux prix de détail des médicaments sur ordonnance et de 31 pour cent au Canada. Les prix de détail des produits pharmaceutiques ont progressé quelque peu plus rapidement au Canada qu'aux États-Unis. Cette différence contraste avec le changement constaté au niveau de la fabrication où les prix de tous les produits par rapport à ceux des produits pharmaceutiques ont progressé plus rapidement au Canada qu'aux États-Unis. On peut donc en conclure que le coût des éléments non manufacturés compris dans les prix de détail des médicaments sur ordonnance a augmenté plus rapidement au Canada qu'aux États-Unis. Cette situation s'explique par le fait que le marché de détail est quelque peu plus compétitif aux États-Unis qu'au Canada.

Tableau 7.4

Résumé des indices des prix à la consommation—produits pharmaceutiques et autres articles choisis : États-Unis, 1971-1981 et 1980 à septembre 1984

Articles	1971-1981 (1971=100)	1980 à sept. 1984 (1980=100)
Ensemble des articles	224,6	127,4
Ensemble des produits	216,0	120,7
Soins médicaux	229,4	144,1
Médicaments d'ordonnance	170,3	153,8
Médicaments en vente libre et fournitures médicales	n.d.	136,1
Services médicaux	230,4	141,4
Service d'hygiène dentaire	207,3	138,2
Chambres d'hôpital	295,0	162,2
Soins personnels	198,6	128,4
Produits de toilette et matériel de soins personnels	199,6	131,8

Source : United States Bureau of Labour Statistics, *Monthly Labour Review and CPI Detailed Report*, publications choisies, 1967-1984

Durant la dernière période de quatre ans, les prix de détail des médicaments sur ordonnance au Canada ont augmenté de 17 pour cent environ par rapport aux prix de tous les produits; aux États-Unis, cette proportion était de 21 pour cent. On constate donc que les prix de détail des produits pharmaceutiques augmentent plus rapidement aux États-Unis qu'au Canada. Cette situation est à l'inverse de celle qui a marqué la période de 1971 à 1981. La progression récente du prix de détail au Canada s'explique par le fait que le marché de détail est sensiblement plus compétitif au Canada qu'aux États-Unis. Par contre, cette progression correspond également aux données déjà mentionnées sur les variations du niveau des prix des produits à la sortie d'usine. Au cours de la dernière période de quatre ans, les prix relatifs des médicaments sur ordonnance, tant au niveau de la fabrication qu'à celui du détail, ont progressé plus lentement au Canada qu'aux États-Unis.

Remplacement des produits et amélioration de la qualité

Le principal problème lié aux indices de prix est le fait qu'ils doivent tenir compte des variations de prix qui résultent de l'introduction sur le marché de nouveaux produits équivalents sur le plan thérapeutique aux anciens produits, mais dont les prix varient considérablement. Par contre, si l'on ne tient pas compte de cette question de remplacement et d'amélioration des produits, il est extrêmement difficile de concilier les données sur les variations des niveaux de prix d'une part et les données sur les dépenses totales relatives aux produits pharmaceutiques, d'autre part.

L'analyse des variations dans les ventes totales de produits pharmaceutiques ou de leurs éléments, comme les médicaments d'ordonnance, doit nécessairement tenir compte de chacun des facteurs suivants :

1. le prix d'un médicament particulier en fonction de la forme pharmaceutique et du format de l'emballage;
2. le nombre d'ordonnances;
3. le format de l'emballage, c'est-à-dire le nombre de doses comprises dans l'ordonnance;
4. la forme pharmaceutique;
5. le remplacement d'anciens produits par de nouveaux produits plus coûteux; et
6. l'amélioration, le cas échéant, de la qualité d'un produit donné.

Le dernier facteur est sans doute le moins facile à évaluer. Il est tellement difficile de séparer les changements de la qualité d'un médicament donné que cette démarche est rarement entreprise. Certains efforts sont toutefois tentés par les responsables du *Department of Trade and Industry, Business Statistics Office* au Royaume-Uni relativement à l'indice du prix départ-usine pour les

produits pharmaceutiques vendus au niveau de l'industrie manufacturière au Royaume-Uni. Il est clair qu'il faut réunir, de façon logique et complète, une grande quantité de données et de résultats d'évaluations des propriétés thérapeutiques comparées si l'on veut distinguer les variations de prix attribuables à l'amélioration de la qualité, des variations de prix pures et simples. En général, cette distinction n'est pas faite et il se peut que les variations de prix constatées comprennent, par erreur, les variations de la qualité des produits.

En principe, il est plus facile d'évaluer les répercussions distinctes des cinq premiers facteurs, mais en pratique, on le fait peu.

Une tentative intéressante a été réalisée par la publication *Scrip* qui fournit des renseignements sur deux nouveaux indices pour les produits pharmaceutiques vendus au Royaume-Uni et qui pourraient servir de compléments à l'indice du prix départ-usine. (Ce dernier ressemble beaucoup à l'indice du prix de vente dans l'industrie au Canada et à l'indice du prix départ-usine aux États-Unis décrits dans la section précédente.) Les deux nouveaux indices mis au point par les éditeurs de *Scrip* sont les suivants :

1. *Manufacturer's Scrip Revenue Index* (Indice du revenu du fabricant) : le coût mensuel des composants (avant les primes[1]) divisé par le nombre mensuel d'ordonnances.
2. *National Health Service (NHS) Scrip Expenditures Index* (Indice des dépenses du *NHS*) : le coût mensuel des composants (après les primes) divisé par le nombre mensuel d'ordonnances.

Ces deux indices tiennent compte des changements du nombre d'ordonnances et laissent de côté l'ensemble des facteurs liés aux variations de prix, au format de l'emballage, au remplacement par des produits plus coûteux et à l'introduction sur le marché de produits nouveaux et peut-être plus chers.

Cependant, on peut évaluer facilement les variations de prix. Tandis que l'indice du prix départ-usine au Royaume-Uni était, en avril 1984, de 127,8 (1980 étant fixé à 100), l'indice du revenu du fabricant (*Scrip*) pour le même mois était de 168,4 et l'indice des dépenses du *NHS* (*Scrip*) était de 161,6.

Ainsi, pour la période de 1980 à avril 1984, les répercussions combinées des changements liés au format de l'emballage, à la forme pharmaceutique, aux nouveaux produits et à l'amélioration des produits sont responsables d'une hausse de 37,8 pour cent du prix d'une ordonnance, d'après l'indice du revenu du fabricant (*Scrip*) et d'une hausse de 26,4 pour cent du coût d'une ordonnance, d'après l'indice des dépenses du *NHS* (*Scrip*).

La maison de courtage américaine Kidder, Peabody and Company fournit les détails d'une analyse un peu plus approfondie de ces facteurs dans son

---

[1] Les primes comprennent une variété de marchandises en magasin reçues par les pharmaciens détaillants.

évaluation annuelle de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis.[2] Cette firme a réuni des données provenant de nombreuses sources et réparti les variations dans les ventes totales en plusieurs éléments, notamment : la variation du prix, la variation du nombre d'ordonnances et la variation du nombre de doses, ce qui lui a permis d'établir un élément résiduel qui tient compte principalement du remplacement et de l'amélioration éventuelle des produits. Les résultats de leur dernière analyse sont présentés au tableau 7.5. Après avoir tenu compte des variations des prix de produits donnés, des variations du nombre d'ordonnances et des variations du nombre de doses par ordonnance, il nous reste une variation résiduelle accumulée de 35 pour cent environ des dépenses totales pour les médicaments durant la période de 1976 à 1983 que nous pouvons attribuer au remplacement et à l'amélioration éventuelle des produits.

Une troisième tentative intéressante a été faite pour distinguer les répercussions sur les ventes attribuées à d'autres facteurs que les variations de prix; il s'agit d'une étude de l'institut scientifique allemand WldO. Les chercheurs de cet organisme ont récemment analysé les ventes d'un groupe de produits qui, en 1983, ont représenté 75,4 pour cent de toutes les dépenses relatives aux médicaments du *Krankenkassen* (régime d'assurance-maladie) en Allemagne de l'Ouest. Dans cette analyse, les changements des revenus tirés des ventes de drogues de catégories thérapeutiques particulières sont attribués aux facteurs suivants : le nombre d'ordonnances, les variations de prix, les

Tableau 7.5

Marché des produits pharmaceutiques aux États-Unis—changements en pourcentage de 1976 à 1983

Année	Croissance des ventes[a] (1)	Augmentation des prix (2)	Croissance unitaire (1-2)	Nombre d'ordonnances[b] (3)	Nombre de doses (4)	Nouveau produit = amélioration[c] (3-4)
1976	8,5	6,3	2,2	−1,9	3,8	0,3
1977	7,0	4,2	2,8	−3,3	2,4	3,7
1978	8,3	7,1	1,2	−1,1	0,2	4,0
1979	8,3	7,1	1,2	−2,2	1,1	2,3
1980	4,2	8,9	5,3	2,0	1,4	1,9
1981	12,9	11,7	11,2	3,6	1,1	6,5
1982	25,2	11,1	14,1	5,3	0,7	8,1
1983	25,9	10,6	5,3	1,0	0,5	3,8

[a] Dollars des fabricants [b]Ordonnances nouvelles et renouvellements

[c] Chiffre résiduel : la croissance unitaire moins la différence entre le nombre d'ordonnances et le nombre de doses par ordonnance

Source : *Scrip*, n° 930 (10 septembre 1984), p. 4-5

[2] Kidder, Peabody et Co., comme il est signalé dans *Scrip*, n° 905 (juin 1984), p. 15

variations des formes pharmaceutiques ou des formats d'emballage dans la catégorie de médicaments en question et les médicaments ajoutés ou supprimés. La répercussion sur les ventes de nouveaux médicaments est ensuite établie. En soi, cette répercussion aurait entraîné une augmentation de 1,9 pour cent environ des ventes d'analgésiques, une baisse de 0,7 pour cent des ventes de drogues psychotropes, une augmentation de 4,9 pour cent des ventes des agents coronariens et de 18,4 pour cent de celles des agents gastro-intestinaux.

On peut obtenir quelques renseignements auprès de *IMS* au Canada sur l'accroissement des ventes de médicaments vendus sur ordonnance compris dans la catégorie «nouvelles présentations». Il peut s'agir d'entités chimiques entièrement nouvelles, mais ce sont plutôt de nouvelles présentations d'entités chimiques qui existent déjà. Durant le premier semestre de 1984 et pour 77 entreprises, les ventes de nouvelles présentations n'ont varié en moyenne que de 6,9 pour cent. Pour 40 entreprises, cette différence était inférieure à 5 pour cent et pour huit entreprises, de plus de 20 pour cent. Il est difficile de distinguer la part de ces augmentations qui est attribuable à l'amélioration de l'innocuité ou de l'efficacité par le remplacement ou l'amélioration des produits, de la part attribuable à une augmentation du prix d'un produit existant réalisée grâce à une «nouvelle présentation».

Il faut disposer d'une base de données passablement détaillée et complète si l'on veut cerner de façon précise les origines des variations des dépenses totales relatives à un produit tel que les médicaments sur ordonnance, au niveau du fabricant, à celui du détail ou à ces deux niveaux. Sans cette base de données détaillée et complète, il est difficile de déterminer avec certitude les sources des variations dans les dépenses totales. Ce qui est clair, cependant, c'est que les variations des prix de produits particuliers ne sont en aucun cas un bon indicateur des variations dans les dépenses attribuables à une décision du fabricant. En plus de déterminer le prix d'un produit donné, le fabricant peut aussi décider de lancer un nouveau produit qui, sur le plan thérapeutique, varie légèrement de l'ancien produit et de plus, attribuer au nouveau produit un prix sensiblement plus élevé que celui de l'ancien. Une variation de cette nature n'influera pas sur l'indice des prix de vente de l'industrie ou sur l'indice des prix à la consommation. Cependant, l'introduction d'un tel produit se répercutera sur les dépenses totales relatives aux médicaments. En ce qui concerne les trois pays analysés, le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Allemagne de l'Ouest, ces répercussions peuvent atteindre une proportion de 18,4 pour cent pour des produits d'une catégorie thérapeutique particulière, mais en général inférieure à 5 pour cent par année.

Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs

Cette section traite des résultats de deux études importantes sur les prix de médicaments en vigueur au Canada et aux États-Unis. Le coût d'un échantillon de médicaments au Canada est comparé aux dépenses qu'auraient

entraîné ces médicaments s'ils avaient été achetés aux États-Unis. L'échantillon qui a servi dans les deux études est composé de deux catégories de médicaments : 1) médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs et définis comme étant les médicaments exposés à la concurrence des entreprises de produits génériques aux termes des dispositions de la *Loi sur les brevets* sur l'octroi de licence obligatoire au Canada et 2) médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur définis comme étant les entités commercialisées dans certains cas par plus d'une entreprise titulaire de brevet et vendues en fonction de la concurrence par les marques plutôt que par les prix.

Dans chaque cas, le principal critère sur lequel s'est appuyé le choix de l'échantillon de médicaments était le chiffre de ventes le plus élevé au Canada; le deuxième critère était la ressemblance des formes pharmaceutiques des produits vendus dans les deux pays.

La méthode utilisée pour évaluer le coût de chacun des médicaments échantillonnés aux États-Unis était assez simple lorsque les formats et les formes pharmaceutiques étaient les mêmes qu'au Canada. Les prix en vigueur aux États-Unis ont servi pour y déterminer la valeur de chaque format et de chaque forme pharmaceutique. Dans le cas des médicaments dont le format et la forme pharmaceutique n'étaient pas les mêmes dans les deux pays, on a établi une masse commune en kilogrammes pour les ventes au Canada et les prix de cette masse commune aux États-Unis ont servi pour déterminer la valeur des ventes au Canada si elles avaient été conclues aux prix américains.

Dans la première étude, l'étude A, on a évalué les dépenses relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur et à un échantillon de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs et vendus dans les pharmacies au Canada pour les années 1968, 1976, 1982 et 1983. La deuxième étude, l'étude B, a porté sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur et de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs et vendus dans les hôpitaux ainsi que dans les pharmacies au Canada en 1983. Dans ces deux études, les évaluations portent premièrement sur les dépenses totales relatives à ces échantillons au Canada et, deuxièmement, sur les dépenses hypothétiques pour les mêmes médicaments achetés aux États-Unis, aux prix américains, pour chacune des années en question.

Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments vendus aux pharmacies - 1968, 1976, 1982 et 1983 : étude A

Le tableau 7.6 présente les principales caractéristiques (étude A) de l'analyse des dépenses réelles, au Canada, relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès d'un seul et de plusieurs fournisseurs vendus aux pharmacies par rapport aux dépenses qu'aurait entraîné l'achat de ces

Tableau 7.6

Évaluation des répercussions de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès d'un seul et de plusieurs fournisseurs et vendus aux pharmacies : comparaison entre le Canada et les États-Unis, 1968, 1976, 1982 et 1983
(Étude A)

	1968		1976		1982		1983	
	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs
Nombre de médicaments échantillonnés	97	4	83	21	59	29	57	32
Montant des ventes au Canada (milliers de dollars)	$32 870	$ 7 220	$ 94 395	$40 843	$176 595	$178 927	$253 843	$200 099
Montant estimatif des ventes aux États-Unis (milliers de dollars)	39 017	10 340	108 766	71 436	210 540	344 653	293 511	428 343
Prix au Canada en pourcentage du prix américain	84,2%	69,8%	86,8%	57,2%	83,9%	51,9%	86,5%	46,7%
Écart entre les prix canadiens et américains	$ 6 147	$ 3 120	$ 14 371	$30 593	$ 33 945	$165 726	$ 39 668	$228 244
Écart en pourcentage des prix canadiens	18,7%	43,2%	15,2%	74,9%	19,2%	92,6%	15,6%	114,1%
Prix de revient estimatif au Canada des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs lorsque l'écart Canada – États-Unis relatif aux médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur est appliqué (milliers de dollars)		$ 8 706		$62 006		$289 164		$370 517
Prix réel en pourcentage du prix de revient estimatif au Canada		82,9%		65,9%		61,9%		54,0%
Écart entre le prix réel et le prix de revient estimatif au Canada (milliers de dollars)		$ 1 486		$21 153		$110 237		$170 418

Source : T. Brogan, G. Roberge et B. Philie, *Comparaison entre le prix des produits pharmaceutiques au Canada et aux États-Unis pour certaines années* (Ottawa : Bureau de la coordination des politiques, Consommation et Corporations Canada, 27 décembre 1984)

médicaments aux États-Unis (au taux de change de 1,20 $ can.). En 1976, les ventes totales de l'échantillon de 104 médicaments ont atteint 135 millions de dollars environ, représentant un peu plus de 30 pour cent de toutes les ventes de médicaments sur ordonnance aux pharmacies cette année-là. De même, en 1982, l'échantillon de 88 médicaments a enregistré des ventes totales de 355,5 millions de dollars et ce montant représente presque 33 pour cent des ventes totales de médicaments sur ordonnance aux pharmacies. En 1983, l'échantillon de 89 médicaments a réalisé des ventes totales de 453,9 millions de dollars et ce montant représente 36,5 pour cent de toutes les ventes de médicaments sur ordonnance aux pharmacies.

En ce qui concerne la tendance traditionnelle des prix dont témoignent les différences entre le coût réel au Canada et le prix de revient estimatif aux États-Unis, si le même groupe de médicaments avaient été achetés aux États-Unis, on constate que la tendance qui a caractérisé les médicaments provenant d'un seul fournisseur de 1968 à 1983 est très constante. Les dépenses réelles au Canada en 1968 représentaient 84,2 pour cent du prix de revient estimatif de ces médicaments aux États-Unis. Cette proportion était de 86,8 pour cent en 1976, de 83,9 pour cent en 1982 et de 86,5 pour cent en 1983.

La même tendance constante ne se manifeste toutefois pas dans le cas des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs. Si le coût réel au Canada par rapport au prix de revient estimatif aux États-Unis était de 69,8 pour cent en 1968, il a progressivement baissé jusqu'à 46,7 pour cent en 1983.

On a aussi déterminé le prix de revient estimatif au Canada de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs si l'on attribuait à cette dernière catégorie l'écart annuel entre le Canada et les États-Unis des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur. On a établi ensuite le coût réel des médicaments échantillonnés en pourcentage du prix de revient estimatif au Canada du même échantillon si l'on devait appliquer l'écart entre le Canada et les États-Unis en ce qui concerne les médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur. Ce pourcentage était de 82,9 en 1968 et il a baissé progressivement à 54 pour cent en 1983.

La différence entre le coût réel et le prix de revient estimatif au Canada, si l'on attribuait l'écart entre le Canada et les États-Unis relatif aux médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur aux médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs, est de 1,5 millions de dollars en 1968, de 21,2 millions de dollars en 1976, de 110,2 millions de dollars en 1982 et de 170,4 millions de dollars en 1983.

On peut donc interpréter cette dernière série de données comme étant les effets minimaux possibles de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses au Canada relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs et vendus aux pharmacies. Il s'agit d'une économie de 170,4 millions de dollars réalisée sur les 32 médicaments de l'échantillon de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs dont les ventes

combinées ont atteint 200 millions de dollars en 1983. Si ces médicaments avaient été vendus aux prix américains, ils auraient coûté 428,3 millions de dollars environ. De plus, en vertu de ces hypothèses, ces médicaments auraient représenté 29 pour cent environ du marché total au Canada. Par contre, s'ils avaient été vendus aux mêmes prix, compte tenu de l'écart entre le Canada et les États-Unis qui caractérise les médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur, l'économie de 170,4 millions de dollars s'appliquerait à des dépenses totales possibles de 370,5 millions de dollars. En conséquence, ce dernier chiffre aurait représenté 26 pour cent du marché global de produits pharmaceutiques au Canada. La somme de 170,4 millions de dollars constitue donc l'économie réalisée sur un échantillon de médicaments dont les ventes totales représentent moins de 30 pour cent du marché canadien.

Évaluation des effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments vendus aux hôpitaux et aux pharmacies en 1983 : étude B

La deuxième étude importante déjà mentionnée, l'étude B, étend les évaluations d'économie possible liée à l'octroi de licence obligatoire aux médicaments vendus dans les hôpitaux ainsi qu'à ceux vendus dans les pharmacies. Les résultats détaillés de l'étude B sont exposés au tableau 7.7. La formule de présentation des résultats est semblable à celle utilisée dans l'étude A dont les résultats sont exposés au tableau 7.6. À cause de la variation rapide du cours des changes entre le Canada et les États-Unis, on a tenu compte, dans la comparaison, du taux de change en vigueur au Canada en 1983 —1,00 $ US correspond à 1,30 $ can.— et du taux en vigueur l'année précédente, c'est-à-dire, 1,20 $ can. L'échantillon analysé comprend 68 médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur et 32 médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs. Ensemble, les 100 médicaments échantillonnés ont réalisé, au Canada en 1983, des ventes totales de 523,2 millions de dollars ou 34,3 pour cent des ventes totales de tous les médicaments.

Pour chacun des deux taux de change mentionnés, les résultats sont à peu près les mêmes. Concernant les médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur, les dépenses réelles au Canada sont évaluées à 81,3 pour cent de ce qu'elles auraient été si les médicaments avaient été achetés aux prix américains avec un taux de change de 1,30 $ can. Pour ce qui est du deuxième taux de change, le coût réel des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur au Canada représente 88,1 pour cent du prix de revient estimatif aux États-Unis. Dans l'étude A, cette proportion était de 86,5 pour cent.

Le coût réel des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs, 216 millions de dollars environ, représente 41,2 pour cent du prix de revient estimatif en fonction des prix américains et d'un taux de change de 1,30 $ can. Si l'on appliquait le deuxième taux de change, le coût réel de ces médicaments représenterait 44,6 pour cent du prix de revient estimatif aux États-Unis. Le résultat correspondant obtenu dans l'étude A est de 46,7 pour cent.

Tableau 7.7

Évaluation des répercussions de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses relatives à un échantillon de médicaments disponibles auprès d'un seul et de plusieurs fournisseurs et vendus aux pharmacies et aux hôpitaux : comparaison entre le Canada et les États-Unis, 1983 (Étude B)

	Taux de change : 1,00 $ US = 1,30 $Can			Taux de change : 1,00 $ US = 1,20 $Can		
	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs	Ensemble des médicaments	Fournisseur unique	Plusieurs fournisseurs	Ensemble des médicaments
Nombre de médicaments échantillonnés	68	32	100	68	32	100
Montant des ventes au Canada (millions de dollars)	$307,2	$216,0	$523,2	$307,2	$216,0	$523,2
Prix estimatif des ventes aux États-Unis	377,7	524,7	902,4	348,7	484,4	833,1
Prix au Canada en pourcentage du prix américain	81,3%	41,2%	58,0%	88,1%	44,6%	62,8%
Écart entre les prix canadiens et américains (millions de dollars)	$70,5	$308,7	$379,2	$41,5	$268,4	$309,9
Écart en pourcentage des prix canadiens	22,9%	142,9%	72,5%	13,5%	124,5%	59,2%
Prix de revient estimatif au Canada des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs lorsque l'écart Canada – États-Unis relatif aux médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur est appliqué (millions de dollars)		$426,6			$426,8	
Prix réel en pourcentage du prix de revient estimatif		50,6%			50,6%	
Écart entre le prix réel et le prix de revient estimatif (millions de dollars)		$210,6			$210,8	

Source : T. Brogan et G. Roberge, *Achats de médicaments des hôpitaux et des pharmacies en 1983 : comparaison entre le Canada et les États-Unis* (Ottawa : Bureau de la coordination des politiques, Consommation et Corporations Canada, décembre 1984), Tableau 1, p. 4

On peut maintenant évaluer les effets de l'octroi de licence obligatoire sur les dépenses en produits pharmaceutiques. Le coût des 32 médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs analysés en 1983 a été antérieurement établi à 524,7 et à 484,4 millions de dollars en fonction des deux taux de change différents. On peut réévaluer ces coûts en utilisant une série de prix hypothétiques que l'on obtiendrait en appliquant aux médicaments disponibles

auprès de plusieurs fournisseurs, l'écart entre le Canada et les États-Unis concernant les médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur. Ainsi, si l'on applique les deux taux de change différents, le coût des 32 médicaments échantillonnés est de 426,6 millions de dollars ou de 426,8 millions de dollars. Le coût réel au Canada de l'échantillon était de 216 millions de dollars.

La différence absolue en dollars entre le coût réel des ventes au Canada des 32 médicaments échantillonnés et cette dernière évaluation du coût hypothétique est de 211 millions de dollars. L'effet prévu de l'octroi de licence obligatoire est donc d'au moins 211 millions de dollars.

Si ces médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs avaient été vendus au Canada à des prix équivalents à ceux de l'échantillon de 68 médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur, le coût total des produits pharmaceutiques au Canada en 1983 aurait atteint un montant additionnel de 211 millions et, par conséquent, les dépenses globales de médicaments au niveau de la fabrication auraient augmenté de 1 527 milliards à 1 738 milliards de dollars. S'il en était ainsi, l'échantillon de 32 médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs auraient représenté un peu moins de 25 pour cent du coût total de tous les médicaments au niveau de la fabrication au Canada en 1983.

Cette économie annuelle pour les Canadiens évaluée à 211 millions de dollars et attribuée à l'octroi de licence obligatoire est nettement sous-estimée. Au lieu de 32 médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs en 1983 par suite de l'octroi de licence obligatoire, il y avait en réalité 42. De même, les ventes totales de ces médicaments étaient d'environ 240 millions et non pas de 216 millions de dollars, comme l'indique l'étude B.

Il importe de signaler que les économies réalisées relativement à l'échantillon des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs sont réelles et non éventuelles. Il en est ainsi parce que le coût réel de ces médicaments au Canada englobe les ventes par les entreprises de produits génériques aux prix qu'elles appliquent et les ventes par les entreprises titulaires de brevet aux prix que ces dernières appliquent. Le coût réel calculé pour tout l'échantillon de médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs représente donc une combinaison des ventes de ces deux genres différents d'entreprises.

Comme dernier exercice, on peut comparer les résultats de l'étude B sur les coûts comparatifs au Canada pour 1983 aux résultats d'une étude effectuée en 1982. On suppose que le taux de change de 1,20 $ can. s'applique aux deux années. Les résultats de cet exercice sont présentés au tableau 7.8. En ce qui concerne les médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur, le coût au Canada de l'échantillon de 53 médicaments par rapport aux coûts hypothétiques établis en fonction des prix américains était de 83,7 pour cent en 1982 et il a augmenté à 88,1 pour cent en 1983 en ce qui concerne les 68 médicaments de l'échantillon. Par contre, le coût en 1982 de l'échantillon de 29 médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs par rapport aux prix de revient

estimatifs établis d'après les prix américains était de 51 pour cent et cette proportion baisse à 44,6 pour cent pour ce qui est des 32 médicaments échantillonnés en 1983.

Tableau 7.8

Comparaison entre les prix canadiens et américains 1982 et 1983 (en millions de $)

(Taux de change: 1,20 $ Can = 1,00 $ US)		
Médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur	**1982[a]**	**1983[a]**
Nombre de médicaments échantillonnés	53	68
Prix total des médicaments échantillonnés[b]	$187,2	$307,2
Écart entre les prix au Canada et aux États-Unis	36,5	$ 41,5
Différence en pourcentage du prix total	20%	13%
Prix de revient estimatif si le médicament était acheté au prix américain	$223,7	$348,7
Prix réel en pourcentage du prix de revient estimatif	83,7%	88,1%
Médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs		
Nombre de médicaments échantillonnés	29	32
Prix total des médicaments échantillonnés[b]	$191,3	$216,0
Écart entre lres prix au Canada et aux États-Unis	$183,6	$268,4
Différence en pourcentage du prix total[c]	96,0%	124%
Prix de revient estimatif si le médicament était acheté au prix américain	$374,9	$484,4
Prix réel en pourcentage du prix de revient estimatif	51,0%	44,6%
Répercussions de l'octroi de licence obligatoire		
Prix de revient estimatif des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs lorsque l'écart Canada-États-Unis relatif aux médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur est appliqué	$313,8	$426,8
Écart entre le prix réel et le prix de revient estimatif	$122,5	$210,8

[a] Les chiffres correspondent à l'écart entre les prix aux États-Unis et au Canada des médicaments échantillonnés

[b] Comprennent les ventes des médicaments brevetés et génériques de l'échantillon

[c] Pourcentage fondé sur les ventes totales des médicaments visés par une licence obligatoire

Source : Étude B, et étude non publiée, Consommation et Corporations Canada, Ottawa, 1983

On peut comparer les résultats de ces ventes aux hôpitaux et aux pharmacies à ceux de l'étude A sur les ventes aux pharmacies seulement. La progression par rapport à 1982 dans ce dernier cas a été de 83,9 pour cent à 86,5 pour cent en ce qui concerne le coût des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur au Canada par rapport au coût hypothétique des échantillons établis d'après les prix américains. Pour ce qui est des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs, le coût au Canada par rapport au prix de revient estimatif d'après les prix américains est passé de 51,9 pour cent en 1982 à 46,7 pour cent en 1983. Dans les deux comparaisons, les tendances relatives au facteur temps sont semblables. Dans les deux cas, le coût relatif des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur semble augmenter au Canada, tandis que le coût des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs continue de baisser.

On peut aussi analyser la tendance des coûts comparatifs pour tous les médicaments pris globalement en ce qui concerne l'étude sur les médicaments vendus tant aux hôpitaux qu'aux pharmacies (étude B). Le coût réel de l'échantillon global de médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur et de plusieurs fournisseurs par rapport aux prix de revient estimatifs d'après les prix américains augmente de 58,4 pour cent en 1982 à 62,8 pour cent en 1983. Par contre, lorsque seules les ventes aux pharmacies sont envisagées, comme dans l'étude A, le coût total des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur et de plusieurs fournisseurs au Canada par rapport aux prix de revient estimatifs d'après les prix amé. ains pour ces mêmes médicaments baisse de 64 pour cent en 1982 à 62,9 pour cent en 1983. Bien qu'il soit difficile d'étendre à tout le marché des produits pharmaceutiques au Canada les résultats obtenus en fonction de ces deux genres différents d'échantillons, il faut souligner que les deux séries d'échantillons confirment que les prix des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur ont augmenté de 1982 à 1983. De plus, les prix des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs ont baissé au Canada par rapport à ceux en vigueur aux États-Unis de 1982 à 1983. Le fait que la baisse des coûts des médicaments disponibles auprès de plusieurs fournisseurs a été suffisamment forte pour contrebalancer les augmentations des prix des médicaments disponibles auprès d'un seul fournisseur, comme l'indiquent les différentes estimations de coûts, n'a pas été démontré.

Autres comparaisons de prix entre le Canada et certains pays étrangers

Cette section expose les résultats de différentes comparaisons de prix à l'échelle internationale. Elles sont de plusieurs types, y compris la comparaison des prix de produits génériques et des prix de médicaments brevetés et la comparaison des niveaux de prix dans différents pays.

Prix de produits génériques et prix de produits brevetés

Dans le cas de 42 médicaments visés par une licence obligatoire et vendus au Canada en 1983, le prix moyen pondéré de vente des produits génériques était de 51 pour cent environ par rapport au prix moyen pondéré de vente des produits fabriqués par les titulaires de brevets. Ensemble, ces médicaments ont enregistré des ventes totales atteignant 240 millions de dollars environ.

Ces résultats, ainsi que ceux des études décrites dans la section précédente, correspondent aux résultats de la comparaison entre les prix de produits génériques et les prix de gros des médicaments de marque qu'a présentés la *Canadian Drug Manufacturers Association* dans son mémoire à la Commission. Les prix présentés par cette association sont tirés de l'indice des prix de gros du sud-ouest en vigueur à la fin du printemps de 1984 et des listes de prix d'entreprises particulières. Ils ne représentent pas nécessairement les prix de vente réels dans chaque secteur du marché. Vraisemblablement, il existe dans les secteurs plus compétitifs du marché, une grande variété de remises et d'autres pratiques semblables qui engendrent plus de coûts de transactions. D'autre part, dans les secteurs moins vulnérables à la concurrence des prix, les différences décrites sont probablement un bon indicateur des différences entre les prix des produits génériques et des médicaments brevetés.

Dans les comparaisons de 62 prix, 14 (ou 22,6 pour cent) prix de produits génériques se situaient entre 50 et 74,9 pour cent du prix du médicament breveté, 27 ou 43,6 pour cent environ se situaient entre 25 et 49,9 pour cent du prix du médicament breveté et 21 ou 33,9 pour cent du total se situaient entre 0 et 24,9 pour cent du prix du médicament breveté. En aucun cas, le prix du produit générique n'a représenté 75 pour cent ou plus du prix du médicament breveté.

Il existe des données semblables sur le rapport entre les prix pratiqués par les entreprises titulaires de brevet et ceux des fabricants des produits génériques aux États-Unis. Les entreprises de produits génériques aux États-Unis fabriquent des médicaments dont le brevet est expiré plutôt que des médicaments visés par des licences obligatoires. Les comparaisons de prix pour chacun des 30 médicaments sont tirées d'une annonce parue le 17 juillet 1984 dans le *Washington Post*. Les comparaisons portent sur 30 médicaments différents et dans chaque cas, la forme pharmaceutique, la concentration et le format analysés sont les mêmes. Parmi les 30 médicaments et comparaison de prix connexes, on constate que dans deux cas, le prix du produit générique se situe entre 75 et 100 pour cent du prix du médicament breveté. Quatre médicaments, ou 13,3 pour cent, ont des prix génériques qui représentent de 50 à 74,9 pour cent du prix du médicament breveté. Les prix de 14 médicaments génériques, ou 46,7 pour cent de l'ensemble des médicaments, varient entre 25 et 49,9 pour cent des prix des médicaments brevetés. Les dix derniers médicaments, ou 33,3 pour cent du total, sont caractérisés par des prix génériques qui s'échelonnent entre zéro et 24,9 pour cent des prix des médicaments brevetés.

Cette distribution des comparaisons de prix aux États-Unis est semblable à celle qui s'applique au Canada. Le pourcentage des comparaisons de prix qui s'échelonne entre zéro et 24,9 pour cent est presque le même dans les deux pays : 33,9 pour cent au Canada et 33,3 pour cent aux États-Unis. Il en est de même pour les comparaisons des prix de médicaments génériques et ceux de médicaments de marque se situant entre 25 et 49,9 pour cent : 43,6 pour cent au Canada et 46,7 pour cent aux États-Unis. Si l'on combine les deux dernières catégories pour obtenir une échelle globale s'échelonnant de 50 à 100 pour cent, on constate que 22,6 pour cent des comparaisons de prix au Canada se placent dans cette échelle combinée et une proportion semblable de 20 pour cent entre dans cette catégorie aux États-Unis.

Il existe au Royaume-Uni des données semblables aux données américaines pour 18 médicaments.[3] Parmi ces derniers, dix médicaments génériques ont des prix qui représentent de 25 à 49,9 pour cent des prix des médicaments brevetés. Les prix des huit derniers médicaments génériques varient de zéro à 24,9 pour cent des prix des médicaments brevetés. Aucun des prix des médicaments génériques n'entre dans l'échelle de 50 à 100 pour cent des prix des médicaments brevetés. Ces résultats correspondent aux attitudes fermement opposées à la prescription de médicaments génériques au Royaume-Uni. En conséquence, la concurrence par les prix devra probablement se faire plus agressive si l'on veut vendre des produits génériques. Cette situation diffère quelque peu de celle qui prévaut au Canada et aux États-Unis. Dans ces deux pays, il existe un grand nombre de règlements gouvernementaux visant à faciliter et à promouvoir la prescription de médicaments génériques. Comme aux États-Unis, les médicaments génériques analysés au Royaume-Uni sont ceux qui ne sont plus protégés par des brevets.

Les données disponibles sur la production de produits génériques non brevetés, tant aux États-Unis qu'au Royaume-Uni, semblent confirmer que la situation est la même pour les médicaments génériques produits au Canada sous licence obligatoire. L'expérience indique que les médicaments génériques peuvent être et sont vendus à des prix qui, dans la majorité des cas, sont largement inférieurs à 50 pour cent de ceux des médicaments brevetés. Selon plus de 75 pour cent des comparaisons de prix effectuées dans chacun des trois pays, le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni, le prix du médicament générique est inférieur à celui du médicament breveté dans une proportion de 50 pour cent.

Comparaisons de prix avec l'Europe et le Japon

Au moyen de sources diverses, on peut procéder à différentes comparaisons des prix internationaux. Ces comparaisons comportent d'énormes difficultés à cause des différences, généralement mineures, de forme pharmaceutique, de concentration de la posologie et de format. Les fluctua-

[3] Les comparaisons, publiées dans *Scrip*, nº 873 (22 février 1984), p. 4, ont été fournies par M. Kenneth Clark, ministre de la Santé en Grande-Bretagne.

tions des taux de change viennent compliquer la situation mais en dépit de ces obstacles, de nombreuses études ont été réalisées, principalement en ce qui concerne les pays européens.

L'étude récente du Comité européen consultatif des consommateurs en est un exemple. Cette étude compare les prix de détail et de gros pratiqués dans sept pays : l'Allemagne de l'Ouest, les Pays-Bas, le Danemark, la Belgique, le Royaume-Uni, la France et l'Italie. Les résultats détaillés sont exposés au tableau 7.9. Les prix les plus élevés sont appliqués en Allemagne de l'Ouest, suivis de près par ceux des Pays-Bas et du Danemark. Par contre, c'est en Italie que les prix sont les moins élevés; ceux de la France et du Royaume-Uni sont également bas.

L'*Office of Health Economics* au Royaume-Uni a procédé récemment à une étude semblable dans les mêmes pays, ainsi qu'en Suisse et au Japon. Les résultats de cette étude, présentés en annexe au graphique A7.1, sont comparables, à plusieurs égards, à ceux du Comité européen consultatif des consommateurs. Encore une fois, c'est en Allemagne de l'Ouest, aux Pays-Bas et au Danemark que les prix sont les plus élevés, tandis que les prix les plus bas sont pratiqués en Italie et en France.

On pourrait analyser les résultats d'une troisième étude menée récemment par le WldO. Les résultats détaillés de cette étude sont présentés en annexe aux tableaux A7.1 et A7.2; en voici une brève analyse. Les prix allemands ayant un indice égal à 100, ceux de la Suisse sont considérablement élevés avec un indice de 95,9; le Royaume-Uni occupe la troisième place avec un indice de 89; les prix en Autriche sont aussi relativement élevés avec un indice de 84. En Belgique, en France et en Italie, les prix sont considérablement plus bas avec des indices respectifs 57,2, 52,4 et 47,4. C'est en Espagne que les prix sont les plus bas, l'indice étant de 38.

Un autre résultat intéressant de l'étude du WldO mérite d'être signalé. On a évalué l'écart entre le prix allemand et le prix étranger le plus bas pour ce qui est de 15 médicaments, représentant au total quelque 25 formes pharmaceutiques, concentrations et formats différents.

Les résultats sont exposés en détail au tableau A7.2 et on peut les résumer en termes de distribution de ces écarts de prix. Des 25 prix comparés, deux, ou 8 pour cent du total, indiquent que le prix étranger le plus bas représentait 75 pour cent du prix allemand. Dans le cas de huit prix, ou 30 pour cent du total, la comparaison indique que le prix étranger le plus bas représentait de 50 à 74,9 pour cent du prix allemand. Pour ce qui est de dix prix, ou 40 pour cent du total, le prix étranger le plus bas se situait entre 25 et 49,9 pour cent du prix allemand. Les cinq derniers prix comparés, ou 20 pour cent du total, s'échelonnaient entre zéro et 24,9 pour cent. Cette distribution des écarts de prix entre le prix allemand, le plus élevé en Europe, et le prix le plus bas pratiqué dans les pays européens analysés ne diffère aucunement des distributions des écarts analysés plus tôt relativement aux prix des médicaments brevetés et génériques au Canada, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Tableau 7.9

Comparaison entre les prix de produits pharmaceutiques vendus dans sept pays européens—1978

Pays	R.F.A.	Pays-Bas	Danemark	Belgique	Royaume-Uni	France	Italie
Détail:							
Taux de change en vigueur	100	91	91	62	42	40	30
Parités des pouvoirs d'achat	100	99	78	63	58	46	45
Conversion mixte	100	94	86	62	49	42	34
Gros:							
Taux de change en vigueur	100	98	102	73	44	46	38

Source : Comité européen consultatif des consommateurs, *Les consommateurs et le prix des produits pharmaceutiques* (Bruxelles: Comité européen consultatif des consommateurs, 1979)

Il est clair que les prix varient considérablement d'un pays à l'autre. De plus, il semble que ces différences se soient manifestées avec constance au cours des cinq à dix dernières années.

On ne peut donc pas s'étonner des activités de certaines entreprises pour exploiter ces écarts de prix dans les pays européens. Cette activité, nommée couramment «importation parallèle», pourrait mener en fin de compte à une péréquation des prix dans les pays de la Communauté économique européenne. Ce résultat ne sera bien sûr possible que si les autorités sanitaires dans chaque pays sont disposées à permettre, sinon à faciliter, la libre circulation des produits pharmaceutiques entre les différents pays. En conséquence, cette situation nécessiterait vraisemblablement l'adoption commune d'une série de critères en fonction desquels un organisme de la CEE, responsable de la réglementation et de l'autorisation des médicaments, pourrait évaluer les principaux médicaments vendus en Europe.

Ces variations de prix à l'échelle internationale sont raisonnablement stables et les évaluations de différents analystes laissent supposer qu'une série de facteurs plus ou moins systématiques sont à l'origine de ce résultat. Parmi les plus importants, il y a probablement la structure générale de l'industrie pharmaceutique particulière à chaque pays et la gamme des politiques gouvernementales qui la régissent. Parmi ces dernières, la politique en matière d'application des prix et de l'établissement de cotes sélectives ou négatives pour déterminer l'admissibilité au remboursement, ainsi que les régimes d'assurance-médicaments sont des facteurs tous aussi importants, sinon plus, que les modifications de la *Loi sur les brevets* telles que les dispositions relatives à l'octroi de licence obligatoire. Il est nettement clair que toutes ces politiques influent directement sur l'industrie pharmaceutique et, par conséquent, sur le niveau des prix de ses produits, et que leur effet combiné sur les prix peut être beaucoup plus important que l'octroi de licence obligatoire.

Tableau A7.1

Comparaisons des prix internationaux, Partie I : pour 25 produits aux prix les plus élevés—différence entre le prix allemand de l'ouest et le prix d'un autre pays, 1981

Marque de commerce allemande	Pays de comparaison	Fabricants allemands	Prix allemand en DM	Prix étranger en DM	Écart de prix en %
Tonoftal	Italie	Byk-Essex	19,85	1,99	997,5
Tavor 25 mg	Italie	Wyeth	15,01	1,62	926,5
Traumanase forte	Italie	Müller-Rorer	19,66	2,29	858,5
Volon 8 mg	Italie	Heyden	25,40	3,13	811,5
Amuno 100 mg	Italie	MSD-Pharma	20,95	2,83	740,3
Volon A 40 mg	Italie	Heyden	50,25	7,00	717,9
Tebonin	Italie	Schwabe	25,00	3,61	692,5
Visken	Italie	Sandoz	21,91	3,40	644,4
Darebon	Espagne	Ciba-Geigy	26,10	4,06	642,9
Bellergal	Espagne	Sandoz	25,43	4,23	601,2
Adelphan Esidrix	Espagne	Ciba-Geigy	20,70	3,46	598,3
Adelphan Esidrix	France	Ciba-Geigy	20,70	3,51	589,7
Tebonin	Italie	Schwabe	11,10	1,89	587,3
Darebon	France	Ciba-Geigy	26,10	4,46	585,2
Zyloric 100 mg	Italie	Wellcome	28,18	4,93	571,6
Aiupent Dosier-Aerosol	Italie	Boehringer Ingleheim	25,80	4,55	567,0
Nepresol	Italie	Lappe	11,83	2,10	563,3
Urbason retard	Italie	Hoechst	23,00	4,09	562,3
Trental 5 ml	Italie	Albert-Roussel	19,20	3,44	558,1
Diligan	Espagne	UCB-Chemie	9,90	1,80	550,0
Lipostabil forte	Espagne	Natterman	44,95	8,22	546,8
Tavor 1 mg	Italie	Wyeth	8,20	1,55	529,0
Aspirin	Espagne	Bayer	3,60	0,70	514,3
Lasix 2 ml	Espagne	Hoechst	8,86	1,77	500,6
Lanicor 0,25 mg	Espagne	Boehringer Mannheim	5,85	1,17	500,0

Source : Institut scientifique de Ortskrankenkassen, WldO, comme le reproduit *Scrip*, N° 940 (15 octobre 1984), p. 8

Tableau A7.2

Comparaisons des prix internationaux, Partie II : produits allemands de l'ouest qui offrent les posiblités d'économies les plus grandes*

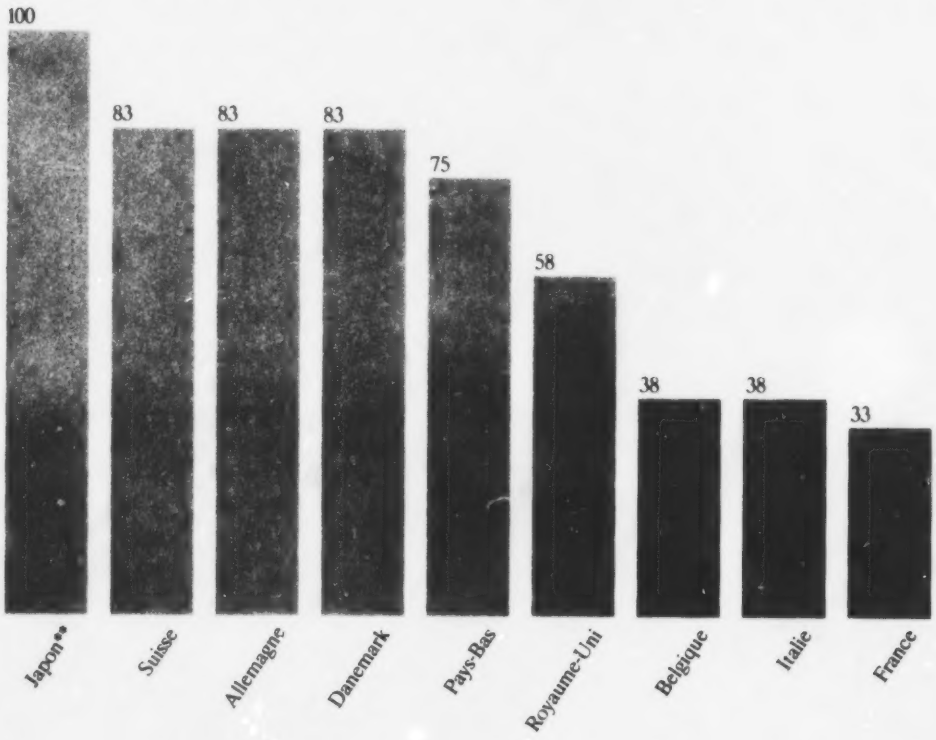
Marque de commerce allemande	Pays de comparaison	Fabricants allemands	Prix allemand en DM	Prix étranger en DM	Écart de prix en %
Lexotanil 6	Belgique	Hoffmann-La Roche	24,25	11,04	48,9
Tagamet	France	Smith Kline	65,57	45,07	33,9
Tagamet	Italie	Smith Kline	65,57	45,34	33,4
Tagamet	Belgique	Smith Kline	65,57	49,29	26,9
Adalat	Belgique	Bayer	66,30	36,44	25,5
Lanitop	Belgique	Boehringer Mannheim	12,85	8,76	22,2
Modenol	Autriche	Boehringer Mannheim	20,05	8,52	21,2
Euphyllin retard	Autriche	Byk-Gulden	30,18	12,58	17,0
Tavor 1 mg	Espagne	Wyeth	19,32	5,09	16,8
Tavor 1 mg	France	Wyeth	19,32	5,52	16,5
Berotec	Belgique	Boehringer Ingelheim	28,40	13,84	14,0
Lexotanil 6	Autriche	Hoffmann-La Roche	24,25	20,77	12,9
Adelphan Esidrix	Belgique	MSD-Pharma	36,10	23,77	12,3
Adelphan Esidrix	Autriche	Sandoz	25,50	18,98	12,3
Euglucon 5 mg	Belgique	Hoffmann-La Roche	10,45	4,79	12,0
Tavor 1 mg	Espagne	Ciba-Geigy	20,70	3,46	11,9
Amuno retard	France	Ciba-Geigy	20,70	3,51	11,8
Dociton 40	Espagne	B Bannheim/Hoechst	23,90	6,30	11,6
Amuno 100 mg	Espagne	Nattermann	44,95	8,22	11,3
Dociton 40	Italie	B Mannheim/Hoechst	23,90	6,83	11,3
Lipostabil forte	Belgique	Wyeth	19,32	9,87	11,1
Tavor 1 mg	Belgique	MSD-Pharma	69,95	28,03	10,7
Aspirin	Italie	Rhein-Pharma	25,65	5,57	10,3
Lasix 2 ml	Italie	MSD-Pharma	20,95	2,83	10,1
Danicor 0,25 mg	Espagne	Rhein-Pharma	25,65	7,24	9,5

*À supposer que le prix le plus bas dans l'un des sept pays européens étudiés puisse être appliqué en Allemagne.

Source : Institut scientifique de Ortskrankenkassen, WldO, comme le reproduit *Scrip*, N° 940 (15 octobre 1984), p. 8

Graphique A7.1

Comparaison de prix entre le Japon et l'Europe : prix de gros, octobre 1982*



*aux taux de change en vigueur
**remarque : rabais spéciaux élevés

PARTIE II

POLITIQUE ET RECOMMANDATIONS

Les recommandations

Voici les 19 recommandations de la Commission, présentées par chapitre.

Chapitre 8 Brevets et redevances

La Commission recommande :

8.1 ***d'accorder aux nouveaux médicaments une période d'exclusivité qui les mettrait à l'abri de la concurrence des produits génériques, pendant quatre ans après la réception de l'Avis de conformité autorisant leur commercialisation.***

8.2 ***de créer un Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique financé par les paiements des entreprises détentrices de licences, ces paiements étant déterminés par la valeur des ventes des produits fabriqués sous licence obligatoire au Canada par le détenteur de la licence, multipliée par le rapport entre la recherche et développement et les ventes de l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale, tel que le détermine le Commissaire des brevets, plus 4 pour cent (ces 4 pour cent représentent la valeur pour les détenteurs d'une licence obligatoire des dépenses courantes de promotion encourues par les entreprises détentrices de brevets); et***

8.3 ***la répartition périodique du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique entre les sociétés détenant des brevets faisant l'objet de licences obligatoires, la part de chaque entreprise étant déterminée par les ventes au Canada de ses produits brevetés fabriqués sous licence obligatoire, multipliée par le rapport des dépenses entre la recherche et développement et les ventes totales au Canada des médicaments éthiques de cette société, plus 4 pour cent (afin de tenir compte de la promotion), et ce, en proportion des mêmes variables pour l'ensemble des sociétés qui doivent accorder des licences pour l'utilisation de leurs brevets au Canada.***

8.4 ***la suppression des limites imposées par la* Loi sur les brevets *pour les produits pharmaceutiques, à condition de conserver les dispositions de la* Loi sur les brevets *relatives aux licences obligatoires modifiées comme il est proposé dans ce rapport.***

8.5 ***l'annulation du renversement du fardeau de la preuve pour les brevets pharmaceutiques.***

Chapitre 9 Autorisation de mise en marché : innocuité et efficacité

9.1 *que les présentations pré-cliniques de nouveaux médicaments ne comprennent qu'un résumé des renseignements sur le nouveau médicament, attesté au Canada par un professionnel de la santé, et un protocole des études cliniques proposées. La Commission recommande également que les approbations pour ces présentations pré-cliniques soient automatiquement accordés dans le mois qui suit leur réception à moins que la Direction de la protection de la santé n'ait une raison précise de ne pas le faire ou exige plus de renseignements de la société qui en fait la demande. L'approbation devrait également valoir pour les protocoles de recherche aux étapes 1, 2 et 3 qui ne devraient pas exiger d'autres approbations à moins d'une décision expresse de la Direction de la protection de la santé.*

9.2 *que la Direction de la protection de la santé réorganise ses activités afin d'être en mesure de donner suite aux Présentations de nouveaux médicaments et aux Présentations supplémentaires de nouveaux médicaments dans les 120 jours.*

9.3 *qu'un règlement permette à la Direction de la protection de la santé d'exiger des fabricants des études de post-commercialisation comme condition de l'octroi de l'autorisation de commercialisation. Cette disposition qui n'existe pas présentement permettrait à la Direction d'exercer un meilleur contrôle sur les nouveaux médicaments et accélérerait peut-être le processus d'autorisation.*

9.4 *l'octroi d'avis de conformité sans révision au Canada, en ce qui concerne les Présentations de nouveaux médicaments et les Présentations supplémentaires pour les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux qui n'ont pas reçu cet avis au Canada mais qui l'ont déjà reçu aux États-Unis, et ou en France ou au Royaume-Uni, et ce jusqu'à ce que l'arriéré de présentations ait été absorbé et que les procédures aient été modifiées afin que le délai d'autorisation ne dépasse pas 120 jours.*

9.5 *qu'un comité d'experts, appuyé par le personnel de la Direction de la protection de la santé, soit créé par règlement afin de rendre des jugements définitifs sur la délivrance d'Avis de conformité pour les nouveaux médicaments présentés. La Commission recommande également qu'au cours des diverses étapes du processus de révision, on puisse faire appel à des comités consultatifs réglementaires d'experts non gouvernementaux.*

9.6 *que le ministre de la Santé et du Bien-être crée un comité consultatif d'experts de la Direction de la protection de la santé, des universités, des hôpitaux et de l'industrie (représentant ainsi les*

nombreux intérêts en cause) qui proposerait les règlements et les directives appropriés pour l'évaluation et l'autorisation de commercialisation des médicaments.

9.7 *de faciliter la disponibilité et l'utilisation de Monographies de produits, (qui décrivent les caractéristiques des nouveaux médicaments).*

9.8 *que des mesures soient prises afin de s'assurer que les produits pharmaceutiques soient vendus au détail aux consommateurs dans l'emballage original du fabricant et que des renseignements complets sur le produit soient fournis d'une façon claire et intelligible pour le profane. On devrait fournir des indications comme le mode d'emploi, la posologie, un avertissement au sujet des effets secondaires, une liste complète du contenu et d'autres renseignements pertinents. Il faudrait que les médecins puissent demander aux pharmaciens de ne pas divulguer ces renseignements à certains malades.*

Chapitre 10 Marché de détail des produits pharmaceutiques

10.1 *que tous les médicaments délivrés sur ordonnance portent une étiquette indiquant clairement leur nom générique, quel que soit l'autre nom qui peut également y figurer.*

10.2 *que les gouvernements provinciaux annulent toute restriction sur l'affichage des prix des médicaments, des honoraires professionnels ou des deux;*

10.3 *que les pharmaciens soient expressément autorisés à donner des renseignements au téléphone sur les prix des médicaments, et*

10.4 *que le reçu indique le prix du médicament et le montant des honoraires professionnels.*

10.5 *que les gouvernements provinciaux de s'assurer que les programmes publics de remboursement de médicaments exigent une contribution importante du consommateur à chaque achat sous une forme qui favorise la concurrence des prix, et d'encourager les régimes privés de remboursement de médicaments à comporter également une telle clause.*

Chapitre 12 La recherche pharmaceutique au Canada

12.1 *aux ministères de faciliter l'admissibilité à l'aide financière de petites entreprises axées sur la recherche en révisant leurs politiques d'aide financière à la recherche pour la rendre plus simple, plus rapide, plus stable et plus prévisible.*

Chapitre 8

Brevets et redevances

Introduction

Dans une étude de la structure et du rendement de l'industrie pharmaceutique, il est primordial de considérer le genre de protection que procurent les brevets et redevances.

Partout dans le monde, les entreprises pharmaceutiques comptent beaucoup sur la protection des brevets pour récupérer les frais de recherche et développement occasionnés par l'introduction de nouveaux produits sur le marché. Les frais de recherche et développement sont en effet très élevés dans cette industrie et les entreprises innovatrices ont donc des frais fixes considérables, tandis qu'il est relativement facile de copier les nouveaux produits qui viennent d'être découverts.

En l'absence de brevets, les prix des nouveaux produits diminueraient rapidement par suite de la concurrence entre les entreprises innovatrices et d'autres qui mettraient des produits d'imitation sur le marché. Les entreprises innovatrices auraient alors beaucoup de difficulté à récupérer leurs frais de recherche. La délivrance d'un brevet autorise donc les compagnies pharmaceutiques à jouir temporairement d'un monopole leur permettant de fixer des prix plus élevés que ceux qui auraient normalement cours et de récupérer ainsi les frais de recherche et développement et favorise les activités de recherche et développement. La protection conférée par une bonne législation est donc un des éléments importants par lesquels l'État peut stimuler l'innovation dans ce secteur.

L'État doit réaliser un équilibre entre l'augmentation de la rentabilité de la recherche et du développement provenant de l'octroi de ces monopoles temporaires et les besoins des consommateurs et des contribuables. Les prix plus élevés demandés par les entreprises innovatrices durant la période de protection par un brevet augmentent le coût des médicaments pour les consommateurs et les empêchent provisoirement de profiter pleinement des nouveaux produits. En appliquant la protection des brevets aux produits pharmaceutiques, l'État vise à encourager convenablement la recherche et le développement tout en permettant aux consommateurs de bénéficier le plus tôt possible de tous les avantages des nouveaux médicaments aux prix les plus bas possible.

L'octroi de licences obligatoires pour la fabrication des produits pharmaceutiques brevetés est l'une des mesures qui peuvent être prises pour tenter de concilier ces objectifs opposés. En vertu de l'octroi de licences obligatoires, un requérant peut demander au Commissaire des brevets d'obliger le titulaire du brevet à lui accorder une licence de fabrication ou d'importation du produit breveté. Cette mesure a pour but de provoquer la concurrence dans la vente des produits les plus demandés de façon à modérer les prix que le consommateur doit payer, tout en veillant à ce que l'entreprise titulaire du brevet réalise des profits sous forme de redevances et récupère les investissements consacrés à l'invention. Depuis 1969, la *Loi sur les brevets* prévoit à l'alinéa 41(4) l'octroi d'une licence obligatoire pour fabriquer ou importer des produits pharmaceutiques conformément à cet objectif. Les licences obligatoires à l'importation de produits pharmaceutiques ont rapporté jusqu'à maintenant une redevance de 4 pour cent des ventes du détenteur.

(Dans une loi qui porte sur les brevets, il faut distinguer entre les mesures qui régissent la concurrence, comme ci-haut, et les mesures quasi-universelles qui visent à prévenir les abus. Au Canada, l'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets* vise le premier objectif pour les produits alimentaires et pharmaceutiques et l'article 67 vise à prévenir les abus.)

L'État dispose bien sûr d'autres moyens que les brevets pour encourager la recherche. Il peut offrir des stimulants fiscaux et permettre à une entreprise de réduire ses impôts en fonction de ses frais de recherche. L'État subventionne certaines entreprises et certains travaux, comme l'Institut Armand Frappier à Montréal et les laboratoires Connaught à Toronto. Il accorde des octrois directement aux chercheurs en plus de subventionner les universités et les hôpitaux où ils travaillent. Nombre de découvertes fondamentales ont été faites dans ces établissements, la plus spectaculaire au Canada étant celle de l'insuline. Le gouvernement lui-même effectue des recherches dans ses laboratoires, comme au Conseil national de recherches du Canada par exemple. Tous ces appuis à la recherche n'ont d'autre mérite que leur efficacité.

L'efficacité des brevets et leur nécessité comme stimulant de l'invention varie selon la facilité avec laquelle l'idée peut être brevetée et selon l'efficacité des mesures faisant obstacle à la copie du produit, comme le secret de fabrication et la difficulté de «déduire» la méthode de production du produit final, ce qu'on appelle parfois le «désossage» ou la «rétrotechnique». Certaines idées et activités, certains produits ou procédés ne sont pas faciles à breveter. Cela peut tenir à la difficulté de décrire une nouvelle idée, aux coûts que nécessite l'application d'un brevet ou du secteur économique touché. Ainsi, les idées et procédés nouveaux de l'industrie des services sont de ce type. En l'occurrence, il faut d'autres stimulants que les brevets pour susciter le niveau recherché d'invention et d'innovation. Les gouvernements choisissent entre différentes voies pour stimuler l'innovation et élaborer des politiques efficaces.

La variation des politiques touchant les brevets selon les pays et dans un même pays illustre bien le fait que l'État les adapte à certains objectifs précis

et à la conjoncture. La durée d'un brevet varie d'un pays à l'autre : certains pays n'accordent aucun brevet alors qu'en Europe un brevet dure en général 20 ans. Certains pays protègent les produits, d'autres, seulement les procédés. La Loi américaine sur les brevets (*Patent Act*) ne permet jamais la licence obligatoire; la plupart des pays y font appel dans le cas d'abus, lorsque le détenteur néglige d'appliquer son invention et refuse d'accorder une licence à des conditions raisonnables ou fixe des prix exorbitants. Par le passé, les lois sur les brevets du Royaume-Uni et d'autres pays prévoyaient des conditions particulières pour les produits alimentaires et pharmaceutiques et celle de la France, pour les produits pharmaceutiques. Le Canada continue d'avoir des dispositions particulières pour les produits pharmaceutiques et alimentaires. Les États-Unis ont récemment adopté des dispositions spéciales pour les brevets de produits pharmaceutiques.

Il est clair, donc, que les brevets ne sont qu'un type d'intervention de l'État pour encourager l'innovation, et que les dispositions varient d'un pays à l'autre. L'intervention appropriée dépend des circonstances qui entourent chaque cas et de l'efficacité des diverses mesures possibles. Un brevet n'est pas un droit inaliénable de propriété, mais un instrument pour stimuler un niveau approprié d'innovation. Les conditions qui s'y rattachent varient et l'État devrait les faire varier au gré des besoins et des circonstances et dans la mesure où les conséquences peuvent être évaluées.

L'uniformité qui existe actuellement entre les lois sur les brevets des différents pays résulte d'un effort général d'harmonisation de toutes les politiques au sein de la Communauté économique européenne. Ces pays cherchent à créer un secteur économique plus homogène. Ils adoptent donc des politiques communes dans de nombreux domaines dont celui de la concurrence et des brevets. L'uniformité des brevets en Europe est un objectif en soi; la forme particulière de la protection obtenue ne répond peut-être pas aux besoins de chacun ni même à ceux de tous les pays membres.

La licence obligatoire et les redevances auxquelles elle donne lieu peut représenter l'une des dispositions les plus appropriées en matière de brevet qu'un État peut prendre pour réaliser ses objectifs pour un secteur industriel particulier. Cette disposition peut constituer une partie intégrante d'une loi sur les brevets conçue pour susciter le niveau approprié d'innovation dans une économie ou une industrie tout en protégeant les intérêts des consommateurs.

Principes généraux : objet des brevets

Les brevets ont pour objet à la fois d'inciter les entreprises et les individus à faire suffisamment de recherche et de développement, d'assurer la diffusion des résultats de la recherche et du développement et de veiller à ce que le consommateur profite de prix plus bas ou de produits améliorés. En principe, on atteint cet objectif en faisant bénéficier l'inventeur d'un monopole, mais d'un monopole temporaire et en général limité dans la mesure où il existe déjà sur le marché des produits ou des procédés concurrentiels.

Le monopole temporaire crée un stimulant financier pour la recherche et le développement parce que le détenteur du brevet, seul fournisseur du produit, peut varier les prix et le volume des ventes pour réaliser le maximum de profits. L'inventeur est donc récompensé de ses efforts. Les brevets sont par conséquent intimement liés aux prix et aux profits.

Le monopole temporaire n'existe qu'à condition que le détenteur du brevet divulgue l'information sur la nature de son invention. Une fois le brevet accordé, les inventeurs concurrents perdent tout intérêt à faire de la recherche et du développement dans la même direction car, même s'ils inventaient un produit semblable, seul le détenteur du brevet ou le titulaire de la licence pourrait l'utiliser. De plus, il ne sert à rien de répéter les mêmes recherches étant donné que l'information est publique.

Le monopole que procure un brevet stimule la recherche mais n'élimine pas nécessairement le problème de la duplication des recherches et celui du gaspillage. Les mêmes recherches peuvent être effectuées durant la course vers la découverte qui débouchera sur un brevet. Cette course au brevet peut provoquer une accélération coûteuse des recherches surtout si les profits escomptés sont énormes.

Par ailleurs, le fait d'interdire à des concurrents d'utiliser un produit ou un procédé breveté peut les inciter à consacrer des ressources à recherche de produits ou de procédés qui, tout en pouvant faire l'objet de brevets distincts, ne constituent pas une amélioration notable et permettent seulement à leur inventeur de prendre une part du marché avec un produit très semblable. Ce contournement d'un brevet existant peut sembler un gaspillage total de ressources d'un point de vue social, quoique rentable pour l'imitateur. Le principe qu'il faut retenir, c'est qu'un brevet doit être très étendu. Il doit empêcher les imitations trop faciles et prévenir ainsi les inventions qui ne sont qu'une amélioration négligeable.

Étant donné la nature temporaire d'un brevet, la période d'exclusivité dont jouit le titulaire prend éventuellement fin et les consommateurs bénéficient d'une diminution de prix lorsque d'autres fabricants arrivent sur le marché. Prenons par exemple la découverte d'un procédé qui diminue sensiblement le coût de fabrication d'un produit. Tant que dure le brevet, le titulaire peut faire des profits élevés en bénéficiant de faibles coûts de fabrication et de prix relativement élevés pour le produit. Ce profit exceptionnel constitue la rémunération de l'invention. Lorsque le brevet vient à échéance, d'autres fabricants peuvent utiliser le même procédé pour réduire leurs coûts de fabrication, la concurrence s'installe alors, l'offre augmente et les prix diminuent jusqu'à ce que les profits réalisés soient semblables à ceux d'autres secteurs d'activité.

En résumé, le brevet a pour objectif de faire bénéficier les inventeurs qui ont suffisamment investi dans la recherche et le développement du monopole de leur invention durant une période limitée. Cette période est suivie d'une autre période où l'imitation est permise, où il y a augmentation de la production et diminution des prix au profit des consommateurs.

Effets des différents niveaux de protection accordés par un brevet

Étant donné que le monopole créé par un brevet entraîne des coûts et que par ailleurs les découvertes sont utiles et contribuent finalement à faire baisser les prix, le problème pratique consiste à atteindre l'équilibre entre ces deux effets opposés, c'est-à-dire, en fait, à déterminer la durée optimale d'un brevet.

La durée d'un brevet est optimale lorsque le rendement des dépenses supplémentaires consenties en recherche et développement par les entreprises innovatrices égale la valeur de l'amélioration des produits ou des procédés pour l'ensemble de la société. Cette amélioration peut tenir au fait qu'une invention est meilleure ou plus efficace à cause d'investissements plus importants, qu'elle est développée plus rapidement ou qu'elle présente de meilleures possibilités de succès.

Si la durée du brevet est trop courte, il y aura trop peu d'innovation découlant de la recherche et du développement. Une telle situation se présente lorsque celui qui investit dans la recherche et le développement reçoit moins pour ses efforts que ce qu'il apporte à la société en général. Il est facile d'imaginer la situation. L'invention d'un nouveau procédé ou d'un nouveau produit peut exiger des investissements considérables en recherche, mais une fois la découverte faite, l'imitation peut souvent être réalisée à très bon marché. Si l'inventeur ne pouvait pas exclure les concurrents par un brevet ou toute autre disposition analogue une fois son invention réalisée, ceux-ci pourraient fabriquer immédiatement le même produit, les prix baisseraient et l'inventeur serait incapable de récupérer son investissement. Dans cette éventualité, il n'y aurait pas d'investissement même si les retombées pour la société en général justifieraient le coût de l'invention. Le rendement social dépasserait le rendement de l'investissement de l'inventeur.

Dans ces conditions, aucune recherche utile ne serait entreprise. Ce n'est qu'en augmentant les profits de l'inventeur, peut-être en lui accordant un monopole temporaire par l'entremise d'un brevet, que l'investissement serait réalisé. Il est donc clair que la durée d'un brevet peut être trop courte pour stimuler des investissements suffisants en recherche et développement.

La protection accordée par un brevet peut également être de trop longue durée. Cela se produit lorsque la durée du brevet est telle que l'inventeur s'attend à faire des profits qui dépassent le minimum nécessaire pour justifier son investissement. Les profits réalisés par l'inventeur peuvent en moyenne dépasser ceux qui pourraient être obtenus si les ressources étaient investies ailleurs qu'en recherche et développement.

La durée du brevet influe également sur l'orientation de la recherche. Si les profits escomptés des investissements en recherche sont faibles dans la perspective d'un monopole temporaire, les investissements en travaux de recherche marginaux, qui sont les moins prometteurs aux yeux des inventeurs,

sont délaissés même si les avantages pour la société dépassent les ressources utilisées. Si la durée moyenne du brevet est trop longue, l'avantage collectif diminue, à cause de la duplication des efforts et des surinvestissements dans des travaux marginaux. Si les brevets procurent une trop grande protection, il se produit une affluence de capitaux dans la recherche et le développement et la dissipation des gains de la recherche. Les entreprises innovatrices pourraient être amenées à se faire concurrence pour obtenir les profits élevés que procurent les inventions en augmentant leurs activités de recherche; résultat, les découvertes ainsi obtenues, d'un intérêt secondaire pour les entreprises, présentent des avantages négligeables pour la société. En d'autres mots, il y a apparition de nouveaux produits, mais les ressources qui ont été consacrées à leur production auraient été mieux employées ailleurs. Certaines inventions peuvent avoir une grande portée scientifique ou économique, mais leur coût est trop élevé. D'autres inventions peuvent n'être que des imitations et ne représenter que des progrès insignifiants malgré leur coût.

Les brevets qui procurent trop de protection et de profits éventuels ont également une autre conséquence, celle d'inciter les titulaires de brevets à trop dépenser pour la promotion et la vente de leurs produits, afin de stimuler la demande et de conserver leur position concurrentielle sur le marché. Les frais de commercialisation sont excessifs lorsqu'ils ne servent plus seulement à informer le consommateur des caractéristiques du produit mais avant tout à les persuader de l'acheter. En l'absence de collusion et lorsque leurs produits peuvent se substituer l'un à l'autre, les concurrents dépensent beaucoup trop pour promouvoir leurs produits. Si une entreprise refusait la surenchère, à l'encontre de ses concurrents, elle perdrait sa part du marché.

Du point de vue de l'efficacité, il est évident qu'un brevet qui dure très longtemps et qui donne lieu à des profits excessifs est préférable à celui qui suscite l'imitation et des coûts de promotion trop élevés. Dans le premier cas, le produit de l'invention augmente le revenu national, mais les profits de l'inventeur sont si élevés que les autres ne sont pas avantagés. Le titulaire du brevet reçoit une trop grande part du revenu généré et les gains provenant de l'invention ne sont pas dissipés dans des recherches excessives que d'autres pourraient faire pour gagner la course au brevet ou pour tenter d'imiter le produit. L'inventeur a le monopole de son activité d'invention. Toutefois, lorsque la perspective de profits élevés encourage les recherches parallèles ou l'imitation et les coûts de commercialisation excessifs, il y a une perte considérable de ressources parce qu'une seule invention aurait apporté les mêmes avantages à la société. Cette dernière situation survient habituellement lorsque les entreprises peuvent assez facilement s'implanter dans l'industrie. Elles le font lorsqu'elles s'attendent à retirer des profits élevés d'inventions réussies; elles investissent dans la recherche et le développement et consacrent beaucoup de fonds à la mise en marché, ce à quoi les entreprises établies doivent répondre en augmentant également leurs dépenses.

L'ampleur de la recherche, du point de vue social, dépend de l'avantage collectif accru que devraient procurer les projets de recherche marginaux. Lorsque les inventions marginales procurent un bien-être accru équivalant au

coût des ressources utilisées pour mener à bien ces inventions, les efforts de recherche atteignent leur pleine mesure.

Naturellement, cela ne signifie pas que la valeur sociale de toutes les recherches antérieures équivaut seulement aux sommes qui y ont été consacrées. Au contraire, la valeur cumulative de toutes les recherches est énorme. Mais là n'est pas la question. Il faut plutôt trouver le rythme auquel les ressources dont nous disposons actuellement peuvent générer de nouvelles connaissances. Il serait aussi inefficace d'utiliser toutes les ressources de la société pour la recherche et le développement que de ne rien consacrer à cette fin.

Dans la recherche pharmaceutique par exemple, il n'est pas nécessairement avantageux de consacrer plus de ressources à la recherche pharmaceutique simplement parce que des produits plus efficaces permettront de soulager la douleur, de prolonger la vie et de réduire les autres coûts de santé. La question est de savoir si les résultats attendus justifient un plus grand effort de recherche et les coûts que cela entraîne.

Il faut se demander si les moyens actuels d'incitation à la recherche, dont les brevets constituent un élément important, sont suffisants. Une incitation insuffisante provoquerait l'abandon des projets les moins prometteurs et aurait pour effet de diminuer les investissements dans les projets actuels. Une plus grande incitation à la recherche contribuerait à augmenter le nombre de projets et l'investissement dans les projets nouveaux et existants. Pratiquement, il faut donc établir quelle contribution au bien-être social il faut espérer des projets de recherche les moins prometteurs.

Les principes qui déterminent la durée optimale d'un brevet s'appliquent à une invention résultant d'un seul projet de recherche. La durée optimale du brevet varie inversement au profit à tirer d'une invention, au succès probable et au nombre de concurrents qui peuvent effectuer chacun les mêmes recherches dans leur course au brevet ou à l'imitation. Ces facteurs sont différents pour chaque projet et la durée optimale du brevet varie donc en conséquence. Il n'existe pas une durée optimale de brevet qui serait applicable à tous les secteurs de l'économie ou même à un secteur particulier de l'industrie.

Il n'est pas réalisable, en pratique, de fixer une durée de brevet différente pour chaque invention à cause d'un manque d'information et à cause de la complexité administrative. Néanmoins, on reconnaît depuis longtemps et dans de nombreux pays la non-pertinence des brevets à durée uniforme et on a tenté d'y remédier. On a souvent modifié, en plus ou en moins, les durées uniformes et arbitraires des brevets qui s'appliquent à toutes les inventions pour tenir compte de certaines caractéristiques d'une industrie en particulier, notamment celles de l'industrie alimentaire et l'industrie pharmaceutique.

L'octroi de licences obligatoires peut servir à moduler le degré de protection procuré par un brevet, qui autrement serait uniforme. Le taux de redevance fixé a bien sûr un rôle à jouer, mais l'effet probable des licences

obligatoires est d'accorder une protection plus longue aux inventions qui ne rapportent pas beaucoup et de réduire ou d'affaiblir la protection accordée aux inventions qui génèrent des profits élevés. Il s'ensuit qu'une recherche poussée est récompensée par un brevet, mais que les profits qui pourraient être élevés sont affectés par la concurrence provenant de l'octroi de licences obligatoires. Ce système d'attribution des brevets est plus efficace que celui qui accorde les brevets sans distinction, parce qu'il y a moins d'incitation à répéter les recherches qui sont susceptibles d'être les plus rentables et à contourner les brevets les plus rentables. En outre, l'octroi de licences obligatoires évite les dangers d'un monopole trop exclusif et fait en sorte de limiter le gaspillage des ressources consacrées à «contourner» les brevets existants. Le taux des redevances associés à la licence obligatoire serait juste assez élevé pour couvrir le coût de l'invention et assez bas pour éviter un monopole des prix, contraire aux intérêts des consommateurs.

Caractéristiques de l'industrie pharmaceutique associées à la protection par brevets

L'industrie pharmaceutique compte beaucoup sur la protection que procurent les brevets. Une grande partie des coûts du produit pharmaceutique sont attribuables à la recherche. Les frais de recherche constituent en moyenne environ 10 pour cent des ventes à l'échelle mondiale pour les entreprises actives au Canada. Ces recherches servent à la découverte du produit et à la vérification de ses caractéristiques avant le lancement sur le marché. Une fois inventés, la plupart des produits pharmaceutiques peuvent être produits à faible coût et copiés facilement. Il faut donc que les brevets limitent jusqu'à un certain point l'accès au secteur pharmaceutique pour qu'il y ait suffisamment de recherches menant à des découvertes. La question est de savoir quel niveau de protection un brevet doit-il accorder.

Dans les conditions actuelles d'attribution des brevets, l'industrie pharmaceutique est caractérisée au niveau international par les frais élevés consacrés à la recherche et à l'obtention des autorisations de commercialisation, et par les faibles coûts occasionnés par la fabrication même de la plupart des produits pharmaceutiques. Après la découverte, le produit peut être fabriqué en grande quantité et à très faible coût. Chaque unité de produit rapporte des profits au titulaire du brevet. Or, le produit est d'autant plus rentable que le marché est grand. On a donc tendance à vendre chaque produit dans le plus de pays possible.

L'octroi de brevets explique nécessairement deux caractéristiques de l'industrie : la différenciation des produits et l'apparition tardive de produits concurrentiels. Les brevets empêchent les concurrents de fabriquer des produits identiques. La concurrence entre les entreprises doit être moins directe. Deux entreprises ou plus peuvent fabriquer des produits pharmaceutiques qui sont destinés aux mêmes usages thérapeutiques, mais ces produits ne doivent pas être identiques, ni se substituer parfaitement l'un à l'autre même si les

différences sont minimes du point de vue de leur efficacité thérapeutique, comme c'est parfois le cas. La différenciation des produits qu'entraîne nécessairement un brevet permet au titulaire du brevet de promouvoir la vente de son produit en informant les consommateurs cibles et leurs agents de l'efficacité du produit et d'établir son nom commercial et l'identité de son entreprise aux yeux du consommateur. En plus de la protection procurée par le brevet, la préférence des consommateurs pour un nom commercial et une entreprise en particulier constitue en soi un obstacle à l'arrivée de concurrents.

La nécessité d'établir une différence entre les produits brevetés a l'effet suivant : lorsqu'un nouveau médicament apparaît sur le marché et s'avère rentable, les concurrents éventuels doivent investir en recherche et développement pour fabriquer un médicament semblable mais non identique qui pourra concurrencer le produit original sur le même marché. La mise au point de médicaments similaires dans leur composition ou leur utilisation est un processus long et coûteux car, en plus du temps nécessaire à la mise au point du produit, il faut obtenir l'autorisation de le mettre sur le marché. En d'autres termes, le système des brevets retarde l'arrivée de produits concurrentiels sur le marché et permet à la première entreprise qui met un nouveau médicament sur le marché, de fixer des prix élevés au début.

Les brevets et la différenciation des produits ne sont pas les seuls facteurs qui empêchent l'implantation de nouveaux concurrents dans l'industrie pharmaceutique. La recherche et le développement, y compris le processus qui consiste à vérifier la toxicité et l'efficacité thérapeutique des nouveaux médicaments et les démarches à entreprendre auprès des organismes de réglementation pour les faire approuver, sont en général des activités coûteuses que seules les grandes compagnies peuvent mener à bien. Quant à savoir si un laboratoire de recherche peut être productif même s'il est petit, et qu'il compte 75 employés par exemple, ou s'il doit être beaucoup plus grand, la question est controversée, mais elle n'est pas l'objet de notre propos. Ce qu'il faut retenir c'est que la création d'un nouveau médicament et son lancement sur le marché sont des processus très coûteux, et qu'il est avantageux, étant donné les risques d'échec que présente la mise au point d'un médicament en particulier, de mener plusieurs projets de front pour réduire les risques. Les économies d'échelle sont donc très importantes à cet égard dans l'industrie pharmaceutique, et elles font obstacle à la venue de petits concurrents.

Par contre, la fabrication de produits sous leur forme pharmaceutique, y compris l'incorporation et le mélange de principes actifs, la fabrication de capsules et de comprimés et les autres traitements que subissent les principes actifs et d'autres substances, peut être effectuée dans de petites usines qui fabriquent habituellement plusieurs produits différents. À ce stade de la fabrication, il n'y a donc pas d'économies d'échelle pour faire obstacles à l'implantation de concurrents.

Il en va autrement de la fabrication de produits de chimie finie et de leur synthèse en principes actifs. Le coût moyen de fabrication des principes actifs diminue habituellement lorsque la production est très importante de sorte

qu'une usine efficace est souvent la source d'approvisionnement d'une partie importante du marché mondial d'un principe actif. Néanmoins, cette diminution des coûts ne constitue pas un obstacle majeur à l'implantation de concurrents dans le cas de la fabrication de substances qui représentent habituellement pour 25 pour cent ou moins du coût total du produit final.

L'existence de brevets mène à l'intégration de ces trois aspects de la production de l'industrie pharmaceutique à l'intérieur d'une seule entreprise. Le brevet concerne habituellement le principe actif et non le produit fini. Le titulaire du brevet se charge souvent des trois étapes de la fabrication d'un produit pharmaceutique, mais il peut, dans certains cas, faire effectuer l'une ou l'autre de ces activités sous licence. L'entreprise qui intègre tous les aspects de la production, fait de la recherche et du développement, demande des brevets pour le monde entier, prend les dispositions pour faire approuver son produit dans de nombreux pays, produit le principe actif à un ou plusieurs endroits favorables dans le monde et fabrique le produit fini dans de nombreuses usines situées dans les pays où se trouvent les meilleurs débouchés. Les économies d'échelle au stade de la recherche et du développement et la différenciation des produits qui résulte de la promotion massive de la marque constituent les principaux obstacles à l'implantation de concurrents dans l'industrie pharmaceutique.

Stratégies concurrentielles dans l'industrie pharmaceutique

Lorsqu'il existe une protection par voie de brevets, on doit se demander si les barrières que représentent la recherche et le développement ainsi que les étapes à suivre pour faire approuver la commercialisation des médicaments sont telles qu'elles protègent excessivement le titulaire de brevet contre la concurrence et, par conséquent, donnent lieu à des profits trop élevés ou à la dissipation de ces profits élevés sous forme de recherche et développement ou de frais de promotion.

L'examen de la concurrence dans l'industrie pharmaceutique et de la structure de l'industrie pharmaceutique internationale ne fournit qu'une indication de l'effet exercé par la concurrence sur l'efficacité de l'industrie. Comme dans bon nombre d'autres industries, on peut observer des caractéristiques associés à la présence d'importants obstacles à l'implantation de concurrents. Les frais de commercialisation sont parmi les plus élevés de toutes les industries et se comparent à ceux du secteur des cosmétiques et des produits de nettoyage. Les profits sont élevés comparativement à la moyenne des autres industries et les produits sont fortement différenciés.

Il existe actuellement environ 3 500 médicaments différents délivrés sur ordonnance au Canada et il en existe autant dans la plupart des autres pays. Plusieurs de ces médicaments ont été mis sur le marché par des entreprises qui veulent concurrencer les nouveaux médicaments innovateurs dans le but de se tailler une part des profits élevés que ces nouveaux médicaments génèrent

souvent. Ils ne constituent pas eux-mêmes des innovations thérapeutiques importantes. Ces imitations peuvent faire progresser le traitement, mais ce progrès accompagne souvent fortuitement leur introduction. Plusieurs médicaments ont des effets thérapeutiques identiques ou suffisamment similaires pour qu'ils puissent être substitués les uns aux autres.

L'idée selon laquelle existe une prolifération inutile de médicaments se reflète dans les politiques qu'adoptent plusieurs gouvernements au niveau national et provincial. Ils publient des pharmacopées indiquant les médicaments équivalents, des listes identifiant un nombre limité de médicaments dont le coût est remboursé aux consommateurs ou font varier la fraction remboursable du prix d'un médicament selon sa valeur thérapeutique, telle qu'établie par un comité d'experts. Beaucoup d'hôpitaux limitent strictement le nombre de médicaments autorisés pour certains usages thérapeutiques. La *Federal Drug Administration* des États-Unis établit une distinction entre les nouveaux médicaments qui constituent vraiment des innovations thérapeutiques et ceux dont la valeur thérapeutique n'est jugée que légèrement supérieure à celle des médicaments déjà autorisés; le processus d'approbation est accéléré dans le cas des médicaments innovateurs.

Les médicaments d'imitation ont pour principal effet de concurrencer sur le marché des produits auxquels ils peuvent se substituer presque parfaitement, de prendre une part du marché et de limiter les prix. En plus de bénéficier de l'invention originale, le consommateur profite donc d'une diminution de prix, mais il faut en contrepartie que soient assumés les coûts des ressources consacrées à l'élaboration et à l'approbation du médicament d'imitation qui sera mis sur le marché. Ces coûts n'auraient pas été occasionnés, et le consommateur aurait eu les mêmes avantages, si les prix avaient été plus bas et avaient attiré moins d'imitateurs. Comme nous l'avons déjà dit, l'octroi obligatoire de licences peut servir à limiter les prix et la recherche effectuée en vue d'imiter les nouveaux produits innovateurs.

Outre les importants obstacles qui empêchent la pénétration du secteur, autre évidence de la faible concurrence qui s'exerce dans cette industrie est le fait que certains titulaires de brevets ne semblent pas prêts à mener des activités de recherche et développement au Canada même quand les conditions sont favorables du point de vue des coûts. La Commission appris qu'un certain nombre de projets d'implantation ou d'expansion d'activités de recherche fondamentales au Canada, qui auraient bénéficié de conditions plus avantageuses que dans d'autres pays, n'ont pas été réalisés parce que les entreprises désapprouvaient certaines politiques gouvernementales, en particulier l'octroi de licences obligatoires, mais aussi l'Agence d'examen de l'investissement étranger ainsi que le Programme énergétique national, pourtant sans lien avec l'industrie pharmaceutique. Si la concurrence était plus forte, les compagnies seraient obligées d'exploiter tous les avantages sur le plan des coûts de peur que les concurrents puissent offrir les mêmes produits à meilleur prix.

Sans tenir compte d'un tel lien nécessaire entre la rentabilité d'une entreprise et l'opportunité de faire des recherches dans un pays en particulier,

on observe que les multinationales dans une industrie où la concurrence est limitée, peuvent s'abstenir de faire autant de recherches dans ce pays que les coûts ne le justifient. Si l'État accordait à la recherche et au développement une place élevée parmi ses propriétés, les entreprises pourraient se servir de la perspective d'un accroissement de leurs activités de recherche et développement pour obtenir des concessions sur d'autres questions.

Du point de vue du rendement maximum, le fait que l'octroi obligatoire de licences diminue la rentabilité d'une filiale au Canada n'a rien à voir avec la décision d'investir ou de ne pas investir dans la recherche au Canada lorsque les conditions sont favorables en termes de coûts. En fait, la raison d'être d'une multinationale est que ce type d'organisation permet l'utilisation efficace de toutes les occasions de réduire les coûts en s'implantant dans les endroits les plus favorables dans le monde. La conclusion semble inévitable : ou bien les coûts de la recherche ne sont pas particulièrement favorables au Canada ou bien les entreprises pharmaceutiques sont à ce point protégées contre la concurrence qu'elles ne voient pas la nécessité de profiter d'occasions favorables d'investissement.

Un autre exemple du manque de stratégie concurrentielle est le fait qu'aucune entreprise titulaire de brevet, sauf une, n'a demandé une licence obligatoire pour fabriquer des produits brevetés par d'autres entreprises, même si une telle activité est souvent manifestement très rentable au Canada.

Il ne semble pas non plus que les consommateurs soient bien informés ni très sensibles aux prix : deux grandes compagnies au Canada, Upjohn et Syntex, ont crée des filiales, Kenral et Syncare, pour commercialiser leurs propres produits brevetés sous des appellations génériques qui entrent en concurrence avec leurs propres marques de commerce. Un même produit ne peut pas être vendu à deux prix différents dans un marché où les consommateurs sont informés.

Il faut souligner qu'une telle attitude n'est ni irrationnelle ni condamnable. Elle est le résultat de décisions éclairées sur le plan stratégique ou tactique de compagnies qui cherchent à faire le maximum de profits dans une industrie dont la structure dépend des caractéristiques de production et de commercialisation, dans un contexte particulier où les brevets, le processus d'approbation et l'insensibilité aux prix du consommateur final sont des éléments importants. Il s'ensuit qu'on peut modifier le comportement et le rendement de l'industrie en changeant le contexte institutionnel.

Les coûts dans l'industrie pharmaceutique

En admettant que la concurrence favorise les initiatives et qu'elle est source de progrès et d'efficacité, il faudrait créer des conditions dans lesquelles la concurrence entre les membres actuels et éventuels de l'industrie tende vers des objectifs bénéfiques à la société. La concurrence entretient l'efficacité des entreprises et permet de maintenir les prix à des niveaux assez proches des

Tableau 8.1

Illustration des coûts et prix moyens d'entreprises fictives titulaires de brevets et fabriquant des produits génériques

	Entreprise titulaire de brevets Médicaments accessibles à une seule source		Fabricant de produits génériques Médicaments accessibles à plusieurs sources	
	$	pourcentage du prix canadien	$	pourcentage du prix canadien
Coûts de recherche et développement au Canada	4	5	2	4
Coûts du principe actif	18	23	9	23
Coûts des autres substances	6	8	4	10
Autres coûts d'usine	6	7	5	12
Autres coûts	16	21	12	30
Coûts de promotion	17	21	2	4
Profits	13	16	6	16
Prix de vente	80	100	40	100

coûts de production. Pour qu'une industrie se développe au Canada, il faut que les entreprises puissent récupérer leurs coûts, y compris ceux de l'invention, et qu'elles fassent des profits équitables.

Les politiques devraient jeter les bases d'une concurrence efficace dans une industrie pharmaceutique canadienne efficace et progressive d'où seraient exclus les pris excessifs ou leurs conséquences, les profits trop élevés et les pratiques entraînant un gaspillage de ressources.

Le tableau 8.1 illustre les coûts d'entreprises titulaires de brevets et d'entreprises de produits génériques fictives au Canada, fabriquant des produits pharmaceutiques finis à partir de principes actifs importés. Les prix de vente sont en pourcentage des prix aux États-Unis (corrigés pour tenir compte du taux de change) pour une unité du même médicament dans chaque pays. Les coûts dans les colonnes 1 et 3 devraient être considérés comme des valeurs absolues en dollars, directement comparables pour les compagnies titulaires de brevets et les fabricants de produits génériques. Les colonnes 2 et 4 donnent le pourcentage du prix final exigé pour le médicament, attribuable aux divers types de coûts. Il ressort du tableau 8.1 qu'en 1983, le prix moyen des

médicaments disponibles chez un seul fournisseur au Canada (prix pondéré en fonction de la consommation canadienne) s'établissait à 80 pour cent du prix aux États-Unis alors que le prix moyen au Canada des médicaments accessibles à plusieurs sources sous des appellations génériques s'établissait à environ 50 pour cent du prix des médicaments brevetés. Cet écart de prix entre les deux types de médicaments représente les économies estimatives attribuables à l'octroi obligatoire de licences en 1983, qui s'élèveraient à 170 millions de dollars sur les ventes en pharmacie en 1983; ce montant atteint 211 millions de dollars lorsqu'on y inclut les ventes aux hôpitaux.

Il faut comprendre que les coûts présentés dans ce tableau ne servent qu'à illustrer la situation. Les coûts varient beaucoup d'un médicament à l'autre.

D'après le tableau 8.1, les entreprises titulaires de brevets dépensent, en moyenne, un peu plus pour la recherche et le développement en pourcentage des ventes que les entreprises de produits génériques. Cela équivaut à des dépenses encore plus élevées par unité vendue étant donné les prix plus élevés des médicaments accessibles auprès d'un seul fabricant.

Le prix payé pour les principes actifs par les entreprises de produits génériques est celui qui a cours sur le marché mondial où s'approvisionnent les entreprises qui ne sont pas liées par des brevets ou par d'autres restrictions. Ces entreprises peuvent être titulaires de licences obligatoires ou peuvent acheter des principes actifs non brevetés sans être touchées par des restrictions imposées à l'intérieur de l'entreprise. Les fournisseurs sont souvent des fabricants de produits chimiques installés dans des pays n'offrant qu'une protection limitée ou sans effet par voie de brevets. Les bas prix qui ont cours sur ce marché ne reflètent souvent que les coûts de fabrication et non ceux de la recherche et du développement. Les filiales d'entreprises multinationales titulaires de brevets ou d'autres entreprises qui doivent respecter certaines restrictions dans leurs achats de principes actifs, paient normalement des prix plus élevés que le prix mondial aux titulaires de brevets, car le prix de cession interne que ces derniers demandent couvre non seulement le coût de fabrication, mais également celui de la recherche et du développement, les coûts de l'administration centrale, les coûts médicaux et d'autres coûts, plus un certain taux de rendement. Les prix de cession interne sont les prix qui ont cours entre des entreprises qui ont un lien de dépendance. Les filiales d'entreprises titulaires de brevets au Canada paient pour les principes actifs un prix qui représente le prix mondial plus certains coûts de recherche et développement, certains frais internes d'exploitation et les profits assignés aux principes actifs par la société mère. Les filiales canadiennes paient donc une part des frais de recherche et développement de la société mère lorsqu'elles achètent des principes actifs à l'étranger pour les transformer en médicaments au Canada. Il en va de même lorsqu'elles se procurent des produits finis auprès des sociétés mères.

Les coûts de fabrication des entreprises titulaires de brevets sont présentés comme dépassant un peu, d'un montant arbitraire, ceux des fabricants de produits génériques, ces derniers évitant habituellement les formules les plus difficiles.

Comme l'illustre le tableau 8.1, le plus grand écart concerne les coûts de promotion. Les entreprises titulaires de brevets déploient habituellement des efforts intenses de commercialisation et de vente, notamment par des contacts directs avec les médecins, au moyen de divers outils de vente dont le plus coûteux est le recours à des représentants commerciaux qui accaparent environ la moitié des coûts totaux de promotion. Les entreprises de produits génériques limitent au contraire leur promotion aux hôpitaux et aux pharmacies.

Profits dans l'industrie pharmaceutique

Les profits constituent l'objectif des entreprises et sont le moteur d'une économie de libre entreprise. Les profits dans l'industrie pharmaceutique sont très élevés pour les entreprises qui réussissent le mieux et les profits moyens de l'industrie sont parmi les plus élevés au Canada. Des rendements moyens sur l'avoir des actionnaires et sur le capital qui demeurent toujours plus élevés que dans d'autres industries ne pourraient pas durer dans un contexte concurrentiel, parce que les profits élevés attirent de nouvelles entreprises et qu'une augmentation de l'offre fait baisser le prix de vente des produits. Lorsque les profits demeurent élevés dans une industrie, cela indique généralement la présence d'obstacles à la pénétration du secteur par des entreprises concurrentes.

Il y a dans l'industrie pharmaceutique des éléments qui tiennent du monopole et aussi des éléments concurrentiels. Il y a monopole parce que les produits d'une entreprise se distinguent des autres par leur nom commercial et leurs caractéristiques physiques ou thérapeutiques. Cette différenciation des produits donne aux sociétés pharmaceutiques beaucoup de liberté dans la fixation des prix. L'élément concurrentiel vient de la course à laquelle se livrent les concurrents pour présenter de nouveaux produits, certains étant presque équivalents à des produits fabriqués par des concurrents, et dans le travail intense de promotion visant à attirer les consommateurs. Ce mélange de monopole et de concurrence donne lieu à la multiplication des médicaments, à des activités incessantes de promotion, à des coûts et à des prix élevés, et à des profits généreux. Les profits réels observés sont inférieurs à ceux qui seraient obtenus si les frais de commercialisation se limitaient à ceux qui sont nécessaires pour informer les consommateurs et leurs agents des vertus thérapeutiques des médicaments et s'il n'y avait pas ce gaspillage d'efforts en recherche et développement pour fabriquer des produits d'imitation. Cependant, les prix sont suffisamment élevés pour couvrir ces coûts excessifs et pour donner des profits plus élevés que la moyenne observée dans la plupart des industries.

Dans son mémoire à la Commission, l'Association canadienne de l'industrie du médicament dit que les profits calculés selon un taux de rendement comptable excèdent les profits de l'industrie pharmaceutique par rapport à la moyenne des profits du secteur manufacturier. Il en est ainsi parce que les postulats comptables traitent les dépenses en immobilisations

incorporelles comme des dépenses courantes et non comme des dépenses en capital permettant d'accroître l'actif des entreprises. La diminution du capital d'une entreprise et le gonflement du niveau des profits est particulièrement évident dans le cas d'entreprises ayant de fortes dépenses en recherche et développement et en promotion qui rapportent des éléments incorporels, c'est-à-dire des connaissances, des brevets et un achalandage. L'industrie pharmaceutique se caractérise par de fortes dépenses de ce type.

Il est bien connu que la surestimation des profits associée à l'exclusion d'éléments incorporels dans l'actif d'une entreprise est fortement liée au taux de dépréciation du capital. Ainsi, si le capital incorporel généré par les coûts de promotion n'avait duré qu'un peu plus d'un an, les profits comptables ne différeraient pas tellement par rapport à une mesure objective des profits.

Il semble, aux yeux de la Commission, que les postulats comptables servant à l'évaluation du taux de rentabilité moyen surestiment effectivement les profits de l'industrie pharmaceutique par rapport à ceux du secteur manufacturier. Par contre, les dépenses en recherche de l'industrie pharmaceutique sont faibles comparées aux dépenses en promotion et la dépréciation de l'achalandage généré par la promotion est rapide, de sorte que la surestimation est probablement légère.

On a fait valoir que les risques élevés associés à la découverte et à la mise au point de nouveaux médicaments exigent un taux élevé de rendement du capital dans l'industrie pharmaceutique comparativement à beaucoup d'autres industries. Il est indubitable que le degré d'incertitude qui caractérise les résultats des recherches est exceptionnellement élevé. Les entreprises peuvent consacrer des sommes importantes à la recherche pendant de nombreuses années sans qu'il en résulte des découvertes importantes. La recherche dans ce domaine doit donc être stimulée par la perspective que les découvertes éventuelles vont générer des profits élevés.

La recherche d'un nouveau médicament est une entreprise risquée pour une multinationale, mais l'investissement au Canada ne l'est pas. La société multinationale vend au Canada des médicaments qui ont été mis au point pour le marché mondial. Les coûts de la recherche et le rendement de la découverte se réflètent dans le prix de cession interne, la redevance ou les frais de recherche que la filiale canadienne doit payer à la société mère. Les profits de la filiale canadienne elle-même ne s'appliquent qu'à la fabrication de la forme pharmaceutique finale du médicament et à sa vente, activité qui n'est pas particulièrement hasardeuse et qui ne justifie pas des profits exceptionnellement élevés.

Politiques des petits pays et marchés mondiaux

L'analyse des politiques en matière de brevets dans la section intitulée «effets des différents niveaux de protection accordée par un brevet» n'établit pas de distinction entre une politique optimale en matière de brevets à l'échelle

mondiale et la politique plus profitable pour un petit pays en particulier. En principe, disposant de renseignements adéquats, il serait possible d'établir un système de brevets optimal pour l'industrie pharmaceutique mondiale. Peut-on en déduire qu'un tel système serait optimal pour le Canada où la consommation représente moins de 2 pour cent de la consommation mondiale? Quelle position devrait adopter le Canada dans l'éventualité où les modalités touchant les brevets dans le reste du monde ne seraient pas optimales?

La consommation canadienne de produits pharmaceutiques ne représente qu'une proportion infime de la consommation mondiale de sorte que les mesures canadiennes en matière de brevets ont peu d'effet à l'échelle internationale sur la rentabilité de l'industrie pharmaceutique, y compris celle de l'innovation. Une diminution des prix au Canada provenant de l'élimination des brevets ou une augmentation des prix résultant d'une plus longue protection accordée par les brevets aurait très peu de répercussions sur la rentabilité des découvertes et donc sur leur nombre à l'échelle mondiale. Étant donné que les résultats des efforts de recherche et développement s'appliquent aux ventes de l'industrie pharmaceutique partout dans le monde, un petit pays n'a pas à se préoccuper des répercussions au plan international de sa politique en matière de brevets sur l'innovation dont il profite. En d'autres termes, un petit pays peut établir des modalités particulières qui l'amènent à payer sa part des dépenses mondiales consacrées à la recherche. Cette contribution dépend de la consommation du pays par rapport aux ventes mondiales. Sa politique en matière de brevet devrait également s'inspirer de l'endroit où les recherches souhaitées se font et peut-être également de la pertinence de la quantité et de la nature des recherches à l'échelle internationale.

Il est difficile de savoir si l'industrie pharmaceutique consacre suffisamment de ressources à l'innovation à l'échelle mondiale. Il est évident cependant qu'une partie des dépenses actuelles sont affectées inutilement à la création de médicaments d'imitation pour profiter des profits élevés que génère la découverte occasionnelle de nouvelles substances chimiques intéressantes. La concurrence faite à ces produits est nécessaire pour que les prix baissent et que les bénéfices de la découverte atteignent plus de consommateurs. Toutefois, cette concurrence, qui attire des investissements énormes, constitue un gaspillage des efforts de recherche et développement. On peut parvenir aux mêmes résultats à moindre coût en réduisant la durée des brevets dans le cas de découvertes majeures ou en octroyant des licences obligatoires; ces mesures auraient pour effet de favoriser l'arrivée rapide des copies du nouveau médicament et d'éviter les recherches inutiles.

On se préoccupe également, et avec raison, du lien de la recherche et du développement étant donné l'attrait que représente la création d'emplois dans les entreprises et les hôpitaux et la possibilité de croissance économique provenant des retombées diverses.

Les considérations diplomatiques entrent également en ligne de compte. Les gouvernements étrangers représentent les intérêts des multinationales de leur pays et peuvent exercer des pressions en faveur de politiques qui les

avantagent, même si les politiques mises de l'avant par les pays sont conformes aux ententes internationales.

Licences obligatoires et croissance de la production générique au Canada

La performance de l'industrie pharmaceutique canadienne ne diffère pas sensiblement de celle d'autres pays industrialisés. Le Canada consacre très peu à la recherche et au développement, tout comme l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas. D'autres pays comme la France, l'Allemagne de l'Ouest, le Japon, la Suisse, le Royaume-Uni et les États-Unis, consacrent par ailleurs des ressources importantes à la recherche et au développement. La structure de l'industrie a les mêmes caractéristiques partout dans le monde et, par conséquent, les stimulants auxquels elle est sensible, son comportement et son rendement sont les mêmes.

La plupart des pays cherchent à influencer la performance de cette industrie en adoptant des mesures conçues spécifiquement pour elle. Ils ont recours principalement à diverses interventions directes de l'État qui limitent les frais de commercialisation, les prix ou les profits et favorisent l'investissement, l'emploi ainsi que la recherche et le développement. La politique fédérale canadienne en matière de brevets est, au contraire, indirecte et cherche à influencer la performance de l'industrie en modifiant les facteurs de concurrence au niveau des fabricants. On a favorisé la concurrence en améliorant les conditions d'implantation de concurrents sur le marché des médicaments en forme pharmaceutique. Même si le Canada est actuellement le seul pays industrialisé à avoir cette politique, cette politique n'est pas mauvaise pour autant. On peut en effet considérer qu'il s'agit d'un système de brevet qui accorde une protection socialement optimale dans l'industrie pharmaceutique, et qui pourrait bien inspirer d'autres pays.

En 1969, le gouvernement fédéral a prévu à l'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets* l'octroi de licences obligatoires pour l'importation des principes actifs ou du produit fini. Cette disposition a permis à de nouvelles entreprises de fabriquer et de vendre des produits finis sans être obligées de faire de la recherche et de fabriquer le principe actif. Il en est résulté une réduction importante des prix des produits auxquels des licences obligatoires ont été attribuées. Ces médicaments disponibles auprès des sociétés titulaires de brevet et des fabricants de produits génériques, constituent une proportion croissante des ventes de produits pharmaceutiques au Canada (environ 15 pour cent de la valeur en 1983).

La nouvelle politique de licence obligatoire à l'importation a permis le développement vigoureux de notre secteur des produits génériques. Depuis, toute l'industrie pharmaceutique, tant les sociétés titulaires de brevets que les fabricants de produits génériques, s'est bien comportée au plan de la croissance

et des profits comparativement aux autres industries canadiennes. Dans l'ensemble, l'octroi obligatoire de licences n'a pas altéré la santé économique des sociétés titulaires de brevets.

Entre 1969 et 1983, la valeur des expéditions de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique s'est accrue de 400 pour cent alors que dans l'ensemble du secteur manufacturier canadien, elle augmentait de 334 pour cent. L'emploi dans l'industrie pharmaceutique a augmenté de 24 pour cent entre 1969 et 1982 comparativement à 11 pour cent dans l'ensemble du secteur manufacturier. Les profits par rapport aux ventes, au capital et aux capitaux propres ont fluctué, mais ils ont toujours été plus élevés que la moyenne de toutes les industries et du secteur manufacturier en particulier. Cette expansion générale est due, en partie du moins, au vieillissement de la population canadienne qui consomme davantage de médicaments et aux programmes gouvernementaux d'achat et de remboursement des médicaments qui stimulent la demande.

Nous ne pouvons en ce moment qu'estimer l'effet des licences obligatoires et de la production des médicaments génériques pendant cette période, parce qu'une entreprise fabrique à la fois des médicaments brevetés et des médicaments sous licence. Nous savons néanmoins que le secteur générique, de négligeable qu'il était en 1968, constituait environ 8 pour cent des ventes en 1983 et qu'il employait environ 1 300 personnes en 1982. Nous pouvons donc, après soustraction, affirmer que les sociétés titulaires de brevets ont augmenté leurs expéditions d'environ 365 pour cent entre 1969 et 1983, c'est-à-dire une augmentation du même ordre que pour l'ensemble du secteur manufacturier. Quant à l'emploi, sa croissance a été de 14 pour cent.

Ces chiffres exagèrent l'effet des licences obligatoires puisque seulement 30 pour cent environ de la production des entreprises fabriquant des produits génériques entrent dans le cadre d'une licence obligatoire et que certaines de ces entreprises fabriquent des médicaments en vertu d'un brevet ou d'une licence volontaire. Il faut toutefois garder à l'esprit que le secteur générique a pris de l'importance dans l'industrie à cause de la rentabilité des licences obligatoires et que sans cette mesure, les entreprises n'auraient peut-être pas pu se tailler une part du marché une fois le brevet expiré.

L'octroi obligatoire de licences préoccupe énormément les entreprises titulaires de brevets pour plusieurs raisons, et ce malgré la croissance et la rentabilité relativement satisfaisantes de ce secteur de l'industrie. D'abord, l'introduction de l'alinéa 41(4) a affecté inégalement les entreprises. Certaines entreprises titulaires de brevet ont été plus touchées que d'autres parce qu'un plus grand nombre de leurs produits ont fait l'objet d'une concurrence de la part des titulaires de licences obligatoires. Ces entreprises ont vu leurs profits diminuer et certaines d'entre elles ont même encouru des pertes. La Commission a appris lors de ses audiences que la société Hoffmann-La Roche a diminué les prix de cession interne pour sa filiale canadienne en réaction aux pertes que celle-ci a subies.

À l'inverse, il faut constater que la diminution des profits de certaines entreprises durement touchées par les licences obligatoires et le manque d'effet

global sur la rentabilité de l'industrie au cours des quinze dernières années, signifie que certaines entreprises ont particulièrement bien réussi et que leurs profits ont été suffisants pour compenser les faibles profits et les pertes d'autres entreprises premières.

De plus, en dépit d'une performance satisfaisante des entreprises titulaires de brevet, ces dernières auraient fait davantage de profits si elles avaient conservé tout le marché des médicaments brevetés et avaient pu éviter les pressions à la baisse sur les prix exercées par les fabricants de produits génériques.

Les profits des filiales canadiennes d'entreprises étrangères sont directement affectés par la concurrence des fabricants de produits génériques. Les profits de la société mère le sont également. Ces profits proviennent en partie du prix de cession interne (étant donné que la société mère vend des principes actifs à sa filiale canadienne à un prix supérieur au coût de fabrication) et en partie des redevances. Les redevances et le volume des ventes de principes actifs dépendent de la fabrication des produits finis au Canada par les filiales. La concurrence entre les fabricants de produits génériques rétrécit la part du marché des filiales et affecte directement les profits de la filiale et ceux de la société mère.

La croissance rapide des entreprises de produits génériques et l'augmentation possible de leur nombre, surtout avec le développement du secteur générique de l'industrie pharmaceutique aux États-Unis, menace de rétrécir encore davantage et plus rapidement la part de marché des titulaires de brevet au Canada. La concurrence intense qui s'exerce entre les entreprises de produits génériques elles-mêmes est un aspect de ce secteur qui menace particulièrement la rentabilité des sociétés titulaires de brevet au Canada.

L'exploitation d'une entreprise de produits génériques est la plus rentable lorsque l'entreprise est la première et la seule distributrice de copies d'un produit breveté soit en vertu d'une licence obligatoire, soit à l'expiration du brevet. À ce moment, le fabricant du produit générique peut vendre son produit à un prix qui n'est pas très inférieur à celui du produit breveté et partager ainsi les profits élevés de la société titulaire du brevet. À mesure que d'autres fabricants de produits génériques pénètrent le marché, la concurrence s'accentue, les prix baissent et la rentabilité s'estompe.

Le titulaire du brevet peut choisir dans une certaine mesure de réduire également ses prix lui aussi afin de conserver sa part du marché ou de garder ses prix élevés et de perdre une partie de ses ventes, mais une partie seulement puisqu'il est protégé jusqu'à un certain point par l'existence de consommateurs insensibles aux prix et qui préfèrent sa marque de commerce. Lors de ses audiences, la Commission a appris de représentants de la société Merck Frosst que cette dernière avait opté pour le maintien de ses prix face à la concurrence des fabricants de produits génériques, étant donné qu'une diminution des prix ne se traduisait pas par une augmentation proportionnelle des ventes. Il semble que la plupart des sociétés titulaires de brevet suivent la même politique de

maintien des prix de catalogue en de telles circonstances, tout en accordant des rabais et d'autres concessions aux détaillants qui paient ainsi les produits moins chers.

Avec l'augmentation de la taille, du raffinement et du nombre des entreprises de produits génériques, les demandes de licence obligatoire se font plus rapidement pour les médicaments prometteurs car chacune veut être la première à concurrencer le titulaire du brevet. Certains estiment que l'augmentation de la concurrence entre fabricants tend à écourter la période d'exclusivité conférée aux médicaments auxquels des licences obligatoires ont été octroyées. Les analyses de ces observateurs reposent sur des données montrant que la plupart des médicaments récemment brevetés auxquels des licences obligatoires avaient été attribuées ont également connu une période d'exclusivité relativement brève. En extrapolant cette tendance, on a prétendu que l'octroi obligatoire de licences pourrait survenir si tôt que la période d'exclusivité disparaîtrait presque totalement. Toutefois, ces analyses sont erronées. Il est inévitable que les médicaments *récemment mis sur le marché et auxquels des licences obligatoires ont été attribuées* aient une brève période d'exclusivité. Comment pourrait-il en être autrement? On serait parvenu à de semblables résultats si le calcul avait été fait lors de l'attribuation des premières licences obligatoires en 1969. Cela ne signifie pas que toutes les licences obligatoires qui ont été accordées récemment s'appliquaient à des médicaments assortis d'une brève période d'exclusivité. En fait, on observe le contraire, comme l'indiquent les données du tableau 8.2 concernant les 29 principaux médicaments auxquels des licences obligatoires ont été attribuées. Les huit médicaments mis sur le marché entre 1981 et 1984 ont profité d'une situation de marché exclusif pendant une période totalisant en moyenne 144 mois alors que la période d'exclusivité pour les 29 médicaments principaux mis sur le marché entre 1969 et 1984 dépassait 133 mois en moyenne. En faisant abstraction de la période entre la date de mise en marché et l'année 1969, alors que la licence obligatoire à l'importation n'existait pas encore, la période moyenne de marché exclusif entre la date de la mise sur le marché du produit et le début de la concurrence par les produits génériques s'établissait à 122 mois pour les huit nouveaux médicaments fabriqués sous licence et à 91 mois pour l'ensemble des médicaments de l'échantillon.

Il est néanmoins possible d'imaginer une situation où l'octroi hâtif d'une licence obligatoire pourrait diminuer les profits éventuels d'un titulaire de brevet qui songe à mettre sur le marché un médicament susceptible de rapporter de gros profits. Le breveté pourrait hésiter à mettre le produit sur le marché étant donné que les coûts d'approbation du médicament seraient plus élevés pour lui que pour des concurrents fabriquant des produits génériques. Un autre facteur pourrait également contribuer à empêcher l'introduction de nouveaux médicaments au Canada. Une entreprise ayant obtenu une licence obligatoire au Canada pourrait obtenir l'approbation de son médicament sur les marchés du Tiers-Monde où la protection par brevet est faible, en faisant valoir l'approbation obtenue au Canada. Le titulaire du brevet pourrait donc faire face à une concurrence sur les marchés du Tiers-Monde qu'il aurait pu éviter s'il n'avait pas introduit le produit au Canada. Il est donc concevable que

Tableau 8.2

Période d'exclusivité avant l'attribution de licences obligatoires : 29 médicaments principaux mis sur le marché entre 1956 et juillet 1984

	Durée moyenne (mois) de la période d'exclusivité des nouvelles entités chimiques après octroi de licences obligatoires et de PDN/AC	
	1969 à juillet 1984 (29 médicaments)	1981 à juillet 1984 (8 médicaments)
Exclusivité de brevet[a]	108	104
Exclusivité de marché[b]	133	144
Exclusivité de brevet après 1969	72	84
Exclusivité de marché après 1969	91	122

[a] Nombre de mois écoulés entre la date de mise sur le marché par l'innovateur et la date d'attribution de licence à l'entreprise fabriquant un produit générique

[b] Nombre de mois écoulés entre la date de mise sur le marché du produit de l'innovateur et de celui de l'entreprise générique

Source : Tableau 9.3

la concurrence entre les entreprises de produits génériques qui désirent une licence obligatoire puissent s'exercer si tôt et de façon si intense que le titulaire du brevet en conclurait qu'il n'est pas rentable d'introduire un produit sur le marché canadien.

Quelle que soit la probabilité de cette éventualité, elle montre que les sociétés titulaires de brevet doivent être un peu mieux protégées contre la concurrence exercée par les fabricants de produits génériques.

Depuis 1969, les titulaires de licences obligatoires ont réalisé des profits élevés parce qu'ils ont pu exploiter les connaissances acquises par les entreprises titulaires de brevets dans le développement de nouveaux médicaments et bénéficier de la demande créée sur le marché par ces entreprises, tout en payant des redevances inférieures aux dépenses consacrées par les titulaires de brevets à la création et à la mise en marché des produits au Canada. Cette situation a donné lieu à une accumulation de capitaux, de savoir-faire et de personnel qualifié dans le secteur générique et a eu pour effet d'augmenter la concurrence à laquelle les principales entreprises titulaires de brevet doivent faire face. Cette situation a grandement profité aux consommateurs, mais certains inconvénients commencent à se manifester.

À mesure que le secteur générique de l'industrie s'est développé, les prix des médicaments accessibles à plusieurs sources n'ont cessé de baisser et le

nombre de licences obligatoires d'augmenter. Il faut maintenant envisager la possibilité que les revenus soient insuffisants pour couvrir les frais de recherche et développement et permettre l'introduction de quelques médicaments nouveaux au Canada. L'actuelle *Loi sur les brevets* n'encourage pas suffisamment les entreprises titulaires de brevet ou les entreprises de produits génériques à se consacrer à ces activités au Canada. La *Loi sur les brevets* ou la réglementation connexe a permis une réelle évolution de l'industrie pharmaceutique au profit des consommateurs, mais elle doit maintenant être modifiée en vue de corriger certaines lacunes et de procurer les stimulants nécessaires tout en conservant les avantages acquis.

La Commission est d'avis qu'il faut maintenir l'octroi de licences obligatoires à l'importation et à la fabrication, ainsi qu'un taux de redevance approprié, et qu'il faut accorder au titulaire du brevet une courte période d'exclusivité après l'émission de l'Avis de conformité. L'octroi obligatoire de licences est nécessaire pour permettre la pénétration du secteur et une saine concurrence, pour s'assurer que les prix soient près des coûts et pour minimiser les coûts. En réservant au titulaire du brevet une période convenable d'exclusivité et en lui assurant des redevances suffisantes, on veille à ce que les titulaires de licences obligatoires (et ultimement, le consommateur) paient leur juste part des coûts sociaux occasionnés par la recherche et le développement et la mise en marché au Canada des produits dont ils tirent profit.

Certaines activités des entreprises titulaires de brevets profitent directement aux titulaires de licences obligatoires. Il s'agit principalement de la recherche et du développement et de toutes les activités entourant l'approbation des produits qui font l'objet de licences, ainsi que de la diffusion de l'information sur le produit qui crée une demande sur le marché. Dans la mesure où la demande est suscitée par l'information que fournit le titulaire du brevet sur les propriétés physiques et thérapeutiques du produit, le titulaire d'une licence qui vend une copie du produit en profite. Toutefois, si ces activités de promotion des titulaires de brevets suscitent une préférence pour leurs marques au détriment des autres marques du même produit ou d'un produit pouvant facilement s'y substituer, les titulaires de licences sont désavantagés.

La politique en matière de brevets devrait avoir pour objectif de créer des conditions permettant à de nombreuses entreprises de se faire concurrence sur des bases égales. On peut y arriver en garantissant aux titulaires de brevets une rémunération pour leurs activités qui profitent aux concurrents.

L'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets* ou l'interprétation qui en a été faite n'a pas procuré cette égalité des chances. L'alinéa précise que le titulaire d'une licence doit contribuer de façon équitable aux frais encourus «pour les recherches qui ont conduit à l'invention et pour les autres facteurs qui peuvent être prescrits». Il en est résulté des redevances qui ne rendent pas totalement compte de tous les avantages que les titulaires de licences reçoivent des activités des titulaires de brevets. Un des aspects de la question est la difficulté technique d'estimer le coût des recherches «qui ont conduit à l'invention» et le fait qu'on n'a pas tenu suffisamment compte des «autres facteurs» qui devraient

correspondre à certains frais encourus par le titulaire de brevet à la suite de l'invention.

La Commission est d'avis qu'il faut maintenir l'octroi obligatoire de licences à l'importation et à la fabrication, mais que ces licences ne devraient être octroyées qu'après une période d'exclusivité de quatre ans et qu'un taux de redevance correspondant aux avantages que le titulaire de licence retire des activités de recherche et de promotion du titulaire de brevet, et incluant une rémunération équitable pour les recherches effectuées au Canada, devrait être fixé. Les sections qui suivent indiquent comment déterminer ces avantages et estimer leur coût. Ces observations sont à la base des recommandations concernant la période d'exclusivité et le taux de redevance équitable à payer sur les licences obligatoires.

La rémunération des titulaires de brevets, à la fois sous forme d'une période d'exclusivité et sous forme de redevances, doit viser deux objectifs. Le premier est de garantir à l'ensemble des titulaires de brevet une compensation pour les dépenses qu'ils ont engagées et dont les titulaires de licences bénéficient, tout en évitant de créer des obstacles à l'implantation de concurrents en fixant une trop longue période d'exclusivité et des redevances trop élevées. Le second objectif est de récompenser les entreprises pharmaceutiques qui investissent dans la recherche et le développement au Canada.

Il ressort des témoignages entendus par la Commission que les activités de recherche doivent être encouragées de façon particulière au Canada parce que les entreprises axées sur la recherche ne tiennent pas toujours compte des avantages qu'il y a à faire de la recherche au Canada et parce que beaucoup d'autres pays font activement concurrence au Canada dans le domaine de la recherche et du développement, en offrant des traitements spéciaux aux entreprises qui font de la recherche pharmaceutique sur leur territoire.

L'objectif n'est pas de faire en sorte que l'octroi obligatoire de licences n'affecte pas les profits des entreprises titulaires de brevet. Il n'est pas non plus de les dédommager pour toutes les conséquences de l'octroi obligatoire de licences pour les titulaires de brevet, mais plutôt à les exposer à une saine concurrence qui serait à l'avantage des consommateurs.

Compensation pour les titulaires de brevets

La période d'exclusivité

Le but de la période d'exclusivité de quatre ans qui commence à la date de délivrance d'un Avis de conformité autorisant la commercialisation est d'encourager l'introduction rapide de nouveaux médicaments au Canada en améliorant la rentabilité de l'entreprise qui lance les nouveaux produits.

L'introduction rapide d'un nouveau médicament sur le marché canadien est avantageuse parce qu'elle permet de soulager la souffrance, peut-être de

prolonger la vie et peut-être même de réduire d'autres dépenses de santé, comme les frais d'hospitalisation et de chirurgie. L'introduction de nouveaux médicaments est onéreuse à cause des frais directs et du temps consacré à l'obtention d'un Avis de conformité de la Direction générale de la protection de la santé. L'introduction peut aussi être retardée si le titulaire de brevet ne veut pas, pour une raison quelconque, remplir les conditions d'autorisation du médicament.

Par conséquent, l'introduction rapide de nouveaux médicaments est souhaitable et elle est rendue plus facile lorsque le processus d'autorisation réglementaire est efficace et rapide. Un tel processus peut également encourager les entreprises internationales à faire de la recherche clinique au Canada en vue de l'introduction accélérée du médicament sur le marché mondial après l'avoir d'abord lancé au Canada. Ces considérations sont abordées au chapitre 9 du rapport.

L'introduction rapide des médicaments exige également que le titulaire de brevet bénéficie de stimulants financiers suffisants. L'entreprise titulaire du brevet est elle-même mieux placée pour remplir les conditions d'autorisation parce qu'elle possède des renseignements considérables sur le produit qui doivent être présentés aux autorités réglementaires en vue d'obtenir l'autorisation de le mettre sur le marché. Si d'autres entreprises veulent obtenir une autorisation, les titulaires de licence obligatoire par exemple, elles devraient reproduire les renseignements dont dispose déjà l'entreprise innovatrice. Ces frais ne se justifieraient peut-être pas pour l'introduction d'un médicament au Canada et à quelques marchés où il n'y a pas de protection par brevets. La recherche faite par d'autres entreprises pour acquérir les données nécessaires causerait des souffrances inutiles aux animaux de laboratoire et exigerait des essais cliniques sur des êtres humains. Par conséquent, il faudrait offrir au titulaire de brevet suffisamment de stimulants pour l'introduction de ce nouveau produit.

La politique classique des entreprises qui introduisent de nouveaux médicaments sur le marché canadien et à l'étranger est d'établir des prix élevés au départ lorsque qu'il s'agit d'un médicament nouveau et unique afin de maximiser sa rentabilité. Au fur et à mesure que s'installe au Canada la concurrence de médicaments équivalents, soit par des brevets qui leur sont propres, soit sous forme de produits génériques, les prix tendent à baisser au profit du consommateur et du contribuable.

Le monopole du marché à la période la plus rentable, c'est-à-dire après l'introduction d'un nouveau médicament, assure des recettes satisfaisantes et constitue par conséquent une incitation à introduire le médicament au Canada.

L'introduction d'un nouveau médicament correspond à une période de prix élevés et aussi d'efforts de promotion particulièrement intenses à un moment où l'utilité sociale de la publicité est la plus grande, parce que les renseignements sont pour la plupart transmis aux médecins et aux pharmaciens, et que les représentants des entreprises pharmaceutiques consacrent le plus de temps au

nouveau produit. Les médecins consacrent une partie de leur temps précieux à rencontrer ces représentants et à obtenir des renseignements. Les médecins estiment que c'est un moyen peu coûteux de s'informer, même si cette information est biaisée.

Sans une période d'exclusivité, la course entre les entreprises de produits génériques pour la première reproduction générique du nouveau médicament breveté pourrait conduire à l'introduction rapide d'une concurrence de produits génériques. Cette menace pour la rentabilité du titulaire de brevet limiterait certainement la campagne de promotion initiale qu'il mène et donc la disponibilité de renseignements aux médecins et aux pharmaciens sur les nouveaux médicaments. Cette menace pourrait même empêcher l'introduction du médicament. Il est donc utile d'assurer aux entreprises titulaires de brevet une période d'exclusivité au cours de laquelle elles peuvent établir des prix élevés sans crainte de concurrence et réaliser ainsi des bénéfices qui pourraient justifier le lancement du médicament au Canada.

Il s'agit donc de fixer une limite de temps pour l'exclusivité qui permette à l'entreprise innovatrice de fixer un prix supérieur au coût des matières premières et de la fabrication pour générer des profits bruts couvrant tous les autres frais, y compris les frais élevés de promotion initiale.

Les frais de promotion servent à lancer de nouveaux produits et à pousser la vente des marques établies de l'entreprise. La répartition des frais entre ces deux objectifs dépend de la vie escomptée des produits de l'entreprise et de la place de ses nouveaux produits. L'importance des dépenses engagées pour lancer un nouveau produit dépend du moment choisi pour le lancer sur le marché local comparativement à son lancement sur les marchés étrangers et aussi du type de produit. Par exemple, une nouvelle entité chimique déjà vendue sur les grands marchés étrangers et bien connue de nos médecins locaux, demande moins de promotion que le lancement mondial d'un médicament qui aurait lieu sur le marché canadien. La période relativement longue nécessaire au lancement de médicaments au Canada et le recours à des données cliniques étrangères incitent souvent les entreprises à introduire leur produit à l'étranger avant de le faire au Canada. Par ailleurs, les médicaments dont l'utilité peut être évaluée dans un court laps de temps, tels que les anti-infectieux, acquièrent leur réputation plus vite que les médicaments qui sont pris pour des maladies chroniques et dont les effets secondaires se font sentir à plus long terme. Ce qui caractérise les frais de promotion pour un médicament donné, c'est qu'ils sont très élevés lors de l'introduction du produit sur le marché.

Au cours des audiences, les représentants de Merck Frosst ont informé la Commission que de nombreux médicaments réalisaient des ventes plus élevées au cours de la première année de leur introduction et que la période la plus longue pour établir la réputation d'un médicament était de trois à quatre ans, après quoi l'accroissement de leurs ventes avait tendance à ralentir. Cette opinion est conforme à d'autres renseignements recueillis. La période d'exclusivité de quatre ans que la Commission juge convenable reflète ces estimations.

Les entreprises titulaires de licences obligatoires profitent de certaines des activités publicitaires des titulaires de brevet parce que la connaissance du produit breveté que possèdent déjà les médecins, les pharmaciens et le public à la suite de ces activités s'étend au produit auquel une licence a été attribuée. Cependant, les titulaires de licence ne profitent pas de cet élément de publicité qui cherche à établir la marque du titulaire de brevet auprès des acheteurs éventuels. En fait, cet élément réduit le profit du titulaire de licence tout comme les tentatives qui visent à jeter le doute sur l'équivalence ou la qualité de son produit. Le titulaire de licence ne profite pas non plus des efforts qui visent à établir la réputation de l'entreprise titulaire de brevet.

La Commission recommande d'accorder aux nouveaux médicaments une période d'exclusivité qui les mettrait à l'abri de la concurrence des produits génériques, pendant quatre ans après la réception de l'Avis de conformité autorisant leur commercialisation.

Cette recommandation en faveur d'une exclusivité de marché pendant quatre ans est assortie d'une condition : il ne faut pas que cela empêche des entreprises de produits génériques de remplir les conditions d'autorisation afin qu'un Avis de conformité leur soit délivré immédiatement après l'expiration de la période d'exclusivité et l'octroi d'une licence obligatoire.

L'élément recherche et développement

Les preuves abondent pour indiquer qu'il n'est pas possible de déterminer les frais de recherche et développement qui ont conduit à une découverte particulière, à un brevet ou à un nouveau médicament sur le marché. Cela s'explique par le fait que les méthodes de recherche de l'industrie sont encore très empiriques et que les processus qui aboutissent éventuellement à la découverte d'un médicament ne peuvent être distingués de ceux qui aboutissent à la découverte d'autres médicaments ou encore de ceux qui échouent. Il faut tester beaucoup de médicaments avant d'en trouver un qui soit bon, de même, il n'est pas possible de dissocier la découverte du bon médicament de l'ensemble des activités de recherche.

L'imprévisibilité des résultats de la recherche et l'impossibilité d'en attribuer les coûts à un médicament en particulier signifient que les paiements de redevances ne peuvent être liés à un médicament donné. Par conséquent, le consommateur canadien devrait contribuer aux dépenses pharmaceutiques mondiales de recherche et développement proportionnellement à sa consommation de produits pharmaceutiques. Le total des coûts de recherche et développement chez les entreprises pharmaceutiques internationales représente 10 pour cent de leurs ventes mondiales; ainsi, les paiements de redevances pour les licences obligatoires devraient être de 10 pour cent des ventes canadiennes en ce qui concerne l'élément recherche et développement de la rémunération. L'augmentation des paiements de redevances entraîne la hausse des coûts des titulaires de licence et aboutit à l'augmentation du prix des médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées et à l'augmentation des

prix et de la part du marché des entreprises titulaires de brevet. Ces dernières tirent alors des revenus plus élevés des paiements de redevances et plus de profit de leurs propres ventes.

La Commission estime que les taux de redevance et la période d'exclusivité devraient servir de rémunération aux entreprises titulaires de brevet pour leur recherche et développement à l'échelle mondiale et pour les dépenses de promotion au Canada. La promotion à l'étranger a peu d'effet au Canada mais les nouveaux médicaments vendus au Canada sont le résultat de travaux de recherche et développement à l'étranger.

Les recherches à l'étranger sont financées par les consommateurs canadiens sous forme de coûts de cession interne élevés pour l'importation de principes actifs et de produits finaux, que les filiales au Canada paient aux sociétés affiliées à l'étranger sous forme de profits et aussi, dans une moindre mesure, sous forme de redevances et autres paiements faits à la société mère. Cependant, dans la mesure où les ventes des entreprises titulaires de brevet sont réduites par la concurrence d'entreprises titulaires de licence obligatoire, cette indemnisation pour les dépenses engagées en recherche se trouve également réduite. C'est pour combler cette lacune que les titulaires de licence devraient payer pour les résultats de recherches qu'ils utilisent en fabriquant des médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées.

Par conséquent, la Commission estime que les titulaires de licence obligatoire devraient verser des redevances proportionnelles à leurs ventes pour la recherche qui est faite par des entreprises titulaires de brevet.

La Commission estime également que le paiement de redevances devrait tenir compte d'un autre objectif important, à savoir les efforts de recherche des entreprises titulaires de brevet au Canada. La partie des paiements de redevances relative à la recherche et développement devrait être accordée aux entreprises titulaires de brevet en fonction des dépenses de recherche et développement qu'elles engagent au Canada.

Ces objectifs peuvent être facilement atteints en exigeant des titulaires de licence obligatoire des redevances de 10 pour cent sur leurs ventes, peut-être sous forme d'une taxe. Cela couvrirait la part du Canada à la recherche mondiale. Le Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique (*Pharmaceutical Royalty Fund*) ainsi créé serait réparti périodiquement entre les propriétaires de brevet, pour des médicaments pour lesquels des licences obligatoires auraient été attribuées, en fonction de leurs dépenses en recherche et développement au Canada et des ventes par les titulaires de licences de produits pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées.

Étant donné que le paiement de redevances au Fonds susmentionné est le même pour toutes les licences, les entreprises de produits génériques n'ont pas à tenir compte des écarts de redevances entre produits lors du choix du médicament pour lequel elles demandent une licence. Elles seront plutôt guidées par le chiffre d'affaires et le coût de rentabilité qui sont également des

facteurs qui profitent au consommateur. Par ailleurs, les paiements de redevances aux entreprises titulaires de brevet seront différents et pourront constituer des stimulants à la recherche et au développement au Canada, ce qui entraînera à son tour un essor industriel.

L'élément frais de promotion

Les entreprises titulaires de brevet engagent des frais qui profitent aux entreprises de produits génériques et aux consommateurs, non seulement parce que les dépenses engagées en recherche et développement conduisent à la découverte d'un nouveau produit mais également parce que la publicité fournit des renseignements aux consommateurs et à leurs agents sur les caractéristiques du nouveau produit. Les frais de promotion devraient donc être inclus dans le calcul de la rémunération nécessaire.

Les renseignements sur les nouveaux produits font leur apparition pendant la période de recherche, surtout lorsque le produit fait l'objet de tests cliniques dont les résultats sont fréquemment publiés dans des revues scientifiques. L'entreprise innovatrice s'assure souvent que certains de ces tests cliniques aient lieu dans des pays qui seront par la suite acheteurs du produit afin que les médecins réputés connaissent mieux le produit et l'adoptent plus facilement lorsqu'il sera commercialisé. Les frais de ces tests cliniques font partie des coûts globaux de recherche et développement.

Les frais de promotion sont élevés. L'entreprise innovatrice engage des dépenses pour la publicité, la documentation sur le nouveau produit et la fourniture d'échantillons. Ce sont là des coûts très importants. Une autre catégorie de frais de promotion comprend les salaires, les frais de déplacement des représentants et le coût de leur formation. Cela représente généralement la moitié des coûts de vente. En outre, l'entreprise innovatrice maintient un département médical qui fournit des renseignements aux médecins sur les caractéristiques de ses médicaments et qui est chargé de faire des tests cliniques et de remplir les conditions d'autorisation exigées par l'organisme de réglementation. L'entreprise produit également des films et des expositions, tient des congrès et entreprend des études de marché pour ses produits.

Au cours des dernières années, environ 15 à 20 nouveaux médicaments ont été lancés annuellement. Il s'agit de substances chimiques offertes par un seul fabricant ou de médicaments synthétiques qui n'étaient pas disponibles auparavant. Les nouveaux médicaments ne constituent pas tous une contribution thérapeutique importante et ne font pas de grosses ventes. Les estimations varient sur le nombre de tels médicaments à succès. Les représentants de Miles Laboratories ont indiqué à la Commission au cours des audiences qu'au plus dix de ces médicaments s'étaient taillés une telle réputation au cours des trente dernières années. La *Federal Drug Administration* des États-Unis, qui classe les nouveaux médicaments selon le mérite thérapeutique qu'elle détermine elle-même, a une autre opinion. Sur les 60 nouvelles entités cliniques, introduites aux États-Unis en 1983 et en 1984,

six (10 pour cent) représentaient un progrès au plan thérapeutique, 13 (22 pour cent) représentaient un progrès modeste et 41 (68 pour cent) n'offraient pas d'avantage thérapeutique par rapport à des remèdes existants. Les médicaments faisant partie de ces deux premières catégories sont particulièrement rentables. Certains ne deviennent pas des succès commerciaux en raison de la faible incidence de la maladie pour laquelle ils sont indiqués. Ainsi, on peut estimer qu'environ cinq nouveaux médicaments par an rapporteront beaucoup; ils seront lancés grâce à de grands frais de promotion et feront vraisemblablement l'objet de demandes de licences obligatoires au Canada.

Étant donné l'importance des profits que peuvent générer ces nouveaux médicaments qui promettent beaucoup sur le plan thérapeutique, ils font l'objet d'une grande promotion au moment de leur lancement. Celle-ci vise surtout à informer les médecins et les pharmaciens sur les caractéristiques thérapeutiques du médicament, ce qui influe favorablement sur les ventes de substituts génériques. Une certaine publicité sur la marque de commerce accompagne inévitablement le lancement.

La Commission est d'avis que la période d'exclusivité de quatre années qu'elle propose suffit pour permettre aux entreprises innovatrices de récupérer les dépenses élevées de promotion qu'elles ont engagées pour le lancement des nouveaux médicaments, qui s'avèrent assez rentables pour faire l'objet de licences obligatoires par la suite. C'est parce que les nouveaux médicaments sont normalement lancés à des prix élevés qui dépassent de loin le coût des matières premières et le coût de fabrication. Une marge positive importante existe pour les frais de promotion comme l'indique l'écart moyen entre les prix des médicaments à fournisseur unique et à fournisseurs multiples. Comme on l'a déjà vu, si on prend comme critère les prix américains, les prix de médicaments à fournisseur unique sont 68 pour cent plus élevés que les médicaments à fournisseurs multiples, lesquels sont également rentables. Ainsi, une période d'exclusivité de quatre années lors de l'introduction d'un médicament génère suffisamment de revenus pour couvrir les frais de promotion. Il n'est nullement besoin, dans le cadre du paiement des redevances par les titulaires de licence obligatoire, d'indemniser l'entreprise innovatrice de ses frais de promotion pour le lancement de nouveaux produits.

Au cours des années suivantes, il est peu probable que les efforts de vente faits par l'entreprise titulaire de brevet à l'égard d'un médicament important apportent de nouveaux renseignements aux consommateurs. Ces efforts visent plutôt à rappeler au consommateur d'utiliser cette marque particulière et le convaincre de le faire. Néanmoins, dans les provinces où la loi exige ou autorise la substitution de produits pharmaceutiques par les pharmaciens, les titulaires de licence obligatoire profitent dans une certaine mesure de la promotion d'un médicament par son nom commercial, parce que le produit générique peut être substitué par le pharmacien à la marque prescrite. L'importance de ce facteur varie d'une province à l'autre selon les exigences du régime public de remboursement mais a peu d'influence sur les 57 pour cent du marché de détail que constitue le secteur des achats remboursés par des régimes privés ou non remboursés et où il y a peu de substitution.

La vente de médicaments fabriqués en vertu de licences obligatoires résulte principalement de la publicité faite autour de ce médicament lors de son lancement et des efforts de vente des entreprises de produits génériques. Néanmoins, il ne faudrait pas oublier l'influence indirecte, bien que faible, des activités permanentes de promotion des titulaires de brevet. Un montant équivalant à 4 pour cent des ventes du titulaire de licence serait amplement suffisant à cet égard.

Calcul des débours et des éléments de recherche et développement du Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique

Un certain nombre de questions pratiques surgissent lors du calcul des paiements que les titulaires de licence devraient faire au Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique afin de contribuer adéquatement aux recherches industrielles au niveau mondial sans pour autant retarder indûment l'octroi de licences obligatoires avantageuses pour les consommateurs. D'autres questions surgissent lors du calcul de la répartition des fonds.

La première question porte sur le taux de redevance. S'il était fixé à 10 pour cent des ventes des titulaires de licence, il correspondrait à la proportion mondiale des frais totaux de recherche et développement par rapport aux ventes mondiales des entreprises pharmaceutiques actives au Canada.

Une autre question se pose au sujet de l'évaluation des ventes du titulaire de licence. Le calcul du paiement au Fonds de redevance est fonction des ventes du produit breveté par le titulaire de licence. Le calcul des redevances est habituellement fondé sur les ventes en dollars du médicament par le titulaire de licence, sans lien de dépendance. Cette façon de calculer les redevances offre l'avantage d'être facile à faire et d'encourager le titulaire de licence à fixer un prix aussi bas que possible afin de minimiser le paiement de ses redevances.

Une lacune possible de cette méthode de calcul est que le taux de redevance est fonction des prix demandés par les entreprises titulaires de brevet dans les marchés mondiaux, et non des prix que le titulaire de licence demande au Canada, ces derniers étant souvent moins élevés que les premiers. En établissant le paiement des redevances en fonction des prix canadiens du titulaire de licence, cela pourrait conduire à une lacune dans la méthode de remboursement des frais de recherche et développement. On pourrait essayer de corriger cette lacune en augmentant le taux de redevance proportionnellement à l'écart entre les prix canadiens du titulaire de licence et les prix internationaux moyens des entreprises titulaires de brevet. La Commission ne favorise pas un tel ajustement qui serait forcément arbitraire parce que le calcul dépendrait des marchés étrangers choisis et de l'importance donnée à chaque médicament dans chacun de ces marchés.

Le plus grand risque serait que le paiement de 10 pour cent au Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique soit une contribution excessive à la recherche mondiale plutôt qu'insuffisante. La raison en est que le système de brevets dans le reste du monde encourage l'inefficacité et crée une concurrence dans l'industrie pharmaceutique sous forme de prix de vente élevés et de frais de recherche élevés plutôt que par les prix. Certaines dépenses de recherche sont consacrées à la fabrication de médicaments brevetables qui reproduisent les médicaments qui connaissent beaucoup de succès. Cela a mené à la prolifération actuelle de médicaments dont certains sont très semblables au plan de la composition et des effets thérapeutiques mais qui n'améliorent en rien la santé ou ne soulagent guère. La preuve de leur faible valeur est que les autorités en matière de santé dans beaucoup de pays excluent ces médicaments des programmes de remboursement ou n'en acceptent qu'un très petit nombre. Une durée de brevet excessive qui n'est pas accompagnée d'une licence obligatoire encourage à faire des recherches relatives aux brevets de médicaments populaires afin d'avoir une partie des gains élevés qu'engendrent ces médicaments pendant de nombreuses années d'exclusivité. Ces recherches réduisent la part du marché et les profits des vrais innovateurs sans pour autant améliorer sensiblement le bien-être de la population.

Comme les encouragements à la recherche dans le domaine des reproductions ou des substituts sont déjà trop marqués ailleurs par l'octroi de brevets, les Canadiens n'amélioreraient pas l'allocation des faibles ressources mondiales en recherche en donnant trop d'importance à ce secteur.

Il faut aussi décider si les ventes à l'exportation des titulaires de licence devraient être incluses dans le calcul des redevances. Ceux qui sont en faveur de leur exclusion estiment que cela favoriserait les exportations des entreprises de produits génériques. Les fabricants canadiens de produits génériques concurrencent d'autres fournisseurs sur les marchés d'exportation dans des pays où la protection conférée par les brevets est faible. En payant des redevances sur les ventes à l'exportation, ils se trouveraient désavantagés alors que les entreprises canadiennes titulaires de brevets auraient vraisemblablement peu d'accès à ces marchés en raison des coûts de cession interne élevés des principes actifs qu'elles paient à leur société mère.

On peut aussi avancer que les sociétés multinationales pourraient prétendre que les ventes de leurs produits brevetés dans ces marchés seraient affectées par la concurrence à l'exportation de produits fabriqués en vertu de licence obligatoire par des entreprises de produits génériques au Canada. Elles pourraient chercher à empêcher l'accès à ces nouveaux produits aux entreprises de produits génériques, d'où une concurrence sur ces marchés, en n'introduisant pas les produits au Canada en premier lieu. Cependant, cette possibilité est très éloignée si la protection conférée par le brevet est accrue comme le propose le rapport. Les entreprises titulaires de brevet affrontent une concurrence provenant de nombreuses sources dans des marchés où la protection conférée par les brevets est faible. Les redevances sur les ventes à l'exportation des titulaires de licence canadiens entraveraient leurs propres ventes à l'étranger, mais n'allègeraient pas de façon sensible la concurrence que

doivent affronter les entreprises dans ces marchés; c'est pourquoi les titulaires de licences obligatoires ne devraient pas payer de redevances sur les ventes à l'exportation.

La répartition du Fonds de redevance de l'industrie pharmaceutique entre des entreprises titulaires de brevet dépend de la façon dont on calcule les dépenses de recherche et développement au Canada et des ventes dont il faut tenir compte.

Les dépenses qui devraient être reconnues comme dépenses de recherche et développement au Canada sont celles qui sont admises par Revenu Canada et les subventions versées sans condition par des entreprises à des fins de recherche et d'enseignement dans d'autres institutions. Ces dépenses seraient reconnaissables parce qu'elles seraient exemptes d'impôt.

Le calcul des ventes totales d'un titulaire de brevet est également important puisque pour tout niveau de recherche et dévelopement donné, les ventes élevées réduisent le taux de redevance et la rémunération accordée au titulaire de brevet. Par conséquent, il importe que les données sur les ventes soient sans lien de dépendance afin que la valeur ne soit pas réduite artificiellement. Par ailleurs, il ne faudrait pas décourager les ventes à l'étranger et il ne faudrait pas exclure les exportations des titulaires de brevet du niveau des ventes servant au calcul du rapport ventes-recherche.

Redevances au titre des licences obligatoires de fabrication : la composante recherche et développement

Les licences obligatoires sont octroyées non seulement pour l'importation, mais également pour la fabrication. Le détenteur d'une licence obligatoire pourrait ne pas fabriquer la forme pharmaceutique, mais vendre le principe actif. Il convient de rappeler qu'en général, les brevets visent les principes actifs des produits et non le produit sous sa forme pharmaceutique. Il s'ensuit que le niveau approprié de redevances à verser par le titulaire d'une licence pour la fabrication d'un principe actif devrait refléter les coûts de recherche et développement, comme c'est le cas pour les paiements relatifs au droit d'importation du principe.

Selon le calcul proposé par la Commission, le taux des versements au Fonds de redevances pour les licences obligatoires de fabrication d'un principe actif au Canada s'établirait à 10 pour cent de la valeur du principe actif dans le médicament sous sa forme pharmaceutique, d'après son prix sur le marché des produits génériques. La proportion du principe actif dans un produit final varie énormément d'un produit à l'autre. Par conséquent, les redevances par kilogramme d'ingrédient actif pourront varier considérablement.

Voici un exemple qui permettra de mieux comprendre le calcul du taux et ses conséquences. Si la forme pharmaceutique d'un médicament dont le prix unitaire est de 10 $ contient 0,001 kilogramme de principe actif, la valeur

implicite du principe actif serait donc de 10 000 $ le kilogramme. Avec un taux de 10 pour cent, les redevances pour un kilogramme s'établiraient donc à 1 000 $. Mais si la teneur était de 0,01 kilogramme, la valeur du principe actif serait de 1 000 $ le kilogramme et les redevances s'établiraient à 100 $.

Il est évident que les paiements de redevances refléteraient les mêmes coûts de recherche et développement dans les deux cas.

N'oublions pas que si le coût de fabrication d'un kilogramme de principe actif est peu élevé, comme l'indiqueraient les faibles prix sur le marché international non protégé par des brevets, les redevances à verser peuvent représenter plusieurs fois le coût de fabrication.

Taux de redevance variables et incitation à des comportements stratégiques

L'implantation de taux de redevance variables est nécessaire pour que les titulaires de brevets puissent recevoir une compensation correspondant à leurs dépenses de recherche et développement au Canada. Toutefois, ils ont comme inconvénient d'ouvrir la porte à d'éventuels comportements stratégiques indésirables de la part d'entreprises désirant augmenter leur part du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique. Plus les dépenses de recherche et développement en proportion des ventes d'un titulaire de brevet seront élevées, plus la proportion des redevances qu'il recevra au titre de la recherche et du développement sera importante. Si les entreprises augmentaient leurs dépenses de recherche au Canada, sans diminuer le niveau des ventes, les intérêts des Canadiens seraient bien servis.

Toutefois, le risque que des entreprises établies réduisent la valeur de leurs ventes pour augmenter leur part du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique est négligeable. Le rendement de ces ventes est supérieur à tout avantage qu'elles pourraient tirer d'une telle stratégie, notamment parce que leur rapport recherche/ventes est établi d'après leur chiffre d'affaires total, et non pas uniquement d'après leurs ventes de médicaments faisant l'objet de licences obligatoires et offerts par plusieurs fournisseurs.

On peut imaginer d'autres moyens que les entreprises pourraient mettre en œuvre pour accroître le rapport entre leurs dépenses de recherche et développement et leurs ventes. Par exemple, une entreprise pourrait créer une filiale qui détiendrait le brevet d'un produit pour lequel une licence obligatoire aurait été attribuée, et attribuer à cette filiale une part démesurée des dépenses de l'entreprise en recherche et développement. La composante recherche et développement serait ainsi relevée artificiellement. Une autre possibilité serait pour l'entreprise de réduire le chiffre de ses ventes en octroyant des licences volontaires à une autre entreprise, à des conditions qui maintiendraient le coût et le prix du produit à des niveaux élevés.

En attribuant à une entreprise particulière titulaire de brevet sa part du Fonds de redevances provenant des contributions des titulaires de licences

obligatoires, le Commissaire des brevets devrait décider au compte de quelle entreprise doivent réellement être associées les dépenses de recherche et développement et les ventes, pour éviter que les objectifs de la politique d'octroi obligatoire de licences ne soient déjoués par les stratégies de certaines entreprises. Par exemple, le Commissaire s'assurerait que les opérations entre entreprises se font dans un contexte de concurrence et que les ventes de produits pharmaceutiques au Canada en vertu de licences volontaires sont incluses dans les ventes du titulaire de brevet aux fins du calcul du taux de redevance lorsque cela lui semblerait approprié.

Le risque que ces manœuvres de la part d'entreprises aux brevets sous licence obligatoire viennent entraver le bon fonctionnement du système de redevances proposé est limité, parce que les paiements faits par les fabricants de produits génériques titulaires de licences obligatoires, et donc le Fonds de redevances, ne seraient pas affectés par un tel comportement. En outre, si toutes les entreprises recevant des paiements du Fonds de redevances adoptaient les mêmes stratégies, les effets de ces dernières s'annuleraient et les parts ne seraient pas beaucoup modifiées.

La fraction du taux de redevance attribuable à l'avantage que les titulaires de licences obligatoires tirent des dépenses de publicité des titulaires de brevets est fixée à 4 pour cent et n'a rien à voir avec le comportement des entreprises. Son application ne nécessite pas une analyse du comportement de l'entreprise.

Redevances totales

Le montant des redevances à verser sur les licences obligatoires devrait être fondé sur plusieurs éléments : les dépenses de recherche et développement de l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale proportionnellement aux ventes totales, les ventes au Canada par les détenteurs de licences de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées et le rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes totales au Canada par les entreprises ayant des brevets à l'égard desquels des licences obligatoires ont été octroyées.

La Commission recommande de créer un Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique financé par les paiements des entreprises détentrices de licences, ces paiements étant déterminés par la valeur des ventes des produits fabriqués sous licence obligatoire au Canada par le détenteur de la licence, multipliée par le rapport entre la recherche et développement et les ventes de l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale, tel que le détermine le Commissaire des brevets, plus 4 pour cent (ces 4 pour cent représentent la valeur pour les détenteurs d'une licence obligatoire des dépenses courantes de promotion encourues par les entreprises détentrices de brevets).

La Commission recommande la répartition périodique du Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique entre les sociétés détenant des brevets faisant l'objet de licences obligatoires, la part de chaque entreprise

étant déterminée par les ventes au Canada de ses produits brevetés fabriqués sous licence obligatoire, multipliée par le rapport des dépenses entre la recherche et développement et les ventes totales au Canada des médicaments éthiques de cette société, plus 4 pour cent (afin de tenir compte de la promotion), et ce, en proportion des mêmes variables pour l'ensemble des sociétés qui doivent accorder des licences pour l'utilisation de leurs brevets au Canada.

Le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique et sa distribution peuvent être exprimés par une formule.

prenons :

ST = valeur des ventes de tous les médicaments éthiques

SC = valeur des ventes au Canada de médicaments fabriqués par entreprises génériques sous licence obligatoire

A = une entreprise au Canada ayant des brevets qui font l'objet de licences obligatoires

I = toutes les entreprises au Canada ayant des brevets qui font l'objet de licences obligatoires

R & D = dépenses de recherche et développement

Le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique est :

[(R & D/ST) pour l'industrie à l'échelle mondiale + 0,04] x SC

La part de l'entreprise A est :

$$\frac{[(R \,\&\, D/ST)A \text{ au Canada} + 0{,}04] \times SC \text{ des brevets de A}}{[(R \,\&\, D/ST)I \text{ au Canada} + 0{,}04] \times SC} \times \text{Fonds}$$

À l'heure actuelle, si on établit le rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes à l'échelle mondiale, pour les sociétés exploitées au Canada à 10 pour cent, et si on établit à 46 millions de dollars les ventes de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées, le Fonds de redevances de l'industrie pharmaceutique serait de 6,44 millions de dollars [(0,10 + 0,04) x 46 millions de dollars = 6,44 millions de dollars]. Une société détentrice de brevets au Canada dont les ventes de médicaments fabriqués par des sociétés génériques sous licence obligatoire sont de 5 millions de dollars et qui a un rapport entre les dépenses de recherche et développement et les ventes de 4,5 pour cent (moyenne actuelle de l'industrie) recevra un paiement de 700 000 $ ou 14 pour cent des ventes du détenteur de licence.

$$\left[\frac{(0{,}045 + 0{,}04) \times 5 \text{ millions } \$}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions } \$} \times 6{,}44 \text{ millions } \$ = 700\,000\ \$ \right]$$

Si cette entreprise ne fait pas de recherche, elle recevra 329 412 $ ou 6,6 pour cent.

$$\left[\frac{(0{,}04) \times 5 \text{ millions } \$}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions } \$} \times 6{,}44 \text{ millions } \$ = 329\,412\ \$ \right]$$

Si le rapport de recherche est de 10 pour cent, elle recevra 1 152 941 $ ou 23 pour cent de la valeur des ventes du détenteur de licence.

$$\left[\frac{(0{,}10 + 0{,}04) \times 5 \text{ millions } \$}{(0{,}045 + 0{,}04) \times 46 \text{ millions } \$} \times 6{,}44 \text{ millions } \$ = 1\,152\,941\ \$ \right]$$

Pour les 50 plus grandes sociétés au Canada en 1983, le rapport le plus élevé entre les dépenses de recherche et développement et les ventes est de 20 pour cent; une telle société recevra alors des redevances de 39 pour cent des ventes du détenteur de licence.

Le coût pour le consommateur des mesures proposées ne peut être évalué qu'en relation à la situation actuelle. En 1983, la valeur de production des 32 médicaments pour lesquels des licences obligatoires avaient été attribuées et affrontant la concurrence de produits génériques, était de 217 millions de dollars, dont 46 millions reviennent aux sociétés fabriquant des produits génériques. Si les mesures proposées avaient été appliquées cette année, les détenteurs d'une licence auraient payé des redevances de 6,4 millions de dollars au lieu de 4 pour cent (1,8 million de dollars) effectivement versés. Il y aurait ainsi eu un coût supplémentaire de 4,6 millions de dollars pour les détenteurs de licences obligatoires qui auraient augmenté leurs prix pour compenser au moins cette somme. En outre, les sociétés détentrices d'un brevet qui produisent 78 pour cent des 32 médicaments fabriqués sous licence obligatoire auraient pu, soit augmenter leurs prix, soit conserver une plus grande part du marché pour leurs produits plus coûteux. Si elles avaient ajouté à leurs prix la différence de 10 pour cent entre le taux actuel de redevance et celui proposé, les coûts des médicaments auraient augmenté de 22 millions de dollars. Ces deux éléments totalisent 26,6 millions de dollars. Si les entreprises détentrices de brevets avaient gardé 10 pour cent du marché, cela aurait augmenté les coûts des médicaments de 26 millions de dollars, pour le même volume, parce que leurs prix étaient en moyenne deux fois plus élevés que ceux des produits génériques. Dans ce cas, la somme des deux éléments aurait été de 30,6 millions de dollars.

Il est impossible de prévoir quel serait l'effet des redevances proposées. Cela dépend des réactions des sociétés aux nouveaux stimulants. En outre, la part du marché que détiennent les sociétés, comme la pénétration des produits sur ce marché, sur lesquelles reposent les estimations précédentes, évolue sans cesse sous les effets de l'apparition de nouveaux produits, de licences obligatoires et de l'évolution des stratégies de commercialisation.

Mais l'incertitude est inhérente à l'économie de marché. L'objectif souhaitable de la politique industrielle est d'établir des conditions de concurrence entre les entreprises qui favorisent l'efficacité et qui soient équitables. De l'avis de la Commission, ses propositions de maintien de licences obligatoires permettant l'importation de produits pharmaceutiques, en en modifiant les conditions, contribueraient à réaliser cet objectif.

Système de redevances proposé et engagements internationaux du Canada

Le nouveau système de redevances sur les licences obligatoires ne devrait être institué que s'il ne contrevient pas aux engagements internationaux pris par le Canada à titre de membre de la Convention internationale sur les brevets et de signataire de l'Accord général sur les tarifs douaniers et le commerce.

De l'avis de la Commission, le système proposé est conforme à ces engagements. Il n'établit pas de distinctions entre les entreprises selon leur nationalité et, par conséquent, étend le traitement national aux entreprises étrangères, conformément aux engagements internationaux du Canada en matière de brevets.

La formule proposée vise à accorder une meilleure compensation pour la recherche et le développement effectués au Canada, mais elle ne tient absolument pas compte du pays de fabrication. Ainsi, une entreprise n'ayant aucune activité de fabrication et important tous les produits finis vendus au Canada peut quand même faire de la recherche au pays et recevoir une compensation en conséquence. La formule proposée est donc conforme aux statuts du GATT.

Brevets de produits et de procédés

Une invention peut appartenir à l'une ou l'autre de deux grandes catégories. Il peut s'agir d'un procédé permettant de mieux fabriquer un produit existant et d'en abaisser le coût de production ou d'en améliorer la qualité. Il peut également s'agir d'un nouveau produit. À ces deux types d'inventions correspondent deux types de revendications de brevet. Il est donc possible de faire breveter un procédé ou un produit.

À l'instar des lois actuelles ou passées de certains autres pays, la *Loi sur les brevets* du Canada prévoit, en ce qui a trait aux produits alimentaires et aux médicaments, que seuls des procédés, et non des produits, peuvent être brevetés.

Deux raisons fondamentales expliquent l'exclusion des produits. La première est que l'exclusion doit normalement favoriser les inventions menant à la mise au point de nouveaux procedés qui donnent accès aux produits. La seconde tient au fait que les brevets de produits délivrés par le passé étaient beaucoup trop vastes. Un brevet unique pouvait couvrir une gamme excessive de produits, de sorte que le titulaire pouvait protéger son marché de la concurrence au détriment de l'intérêt public. Il y a lieu de croire que dans de nombreux pays, le fait de limiter aux seuls procédés la délivrance de brevets dans l'industrie pharmaceutique et d'aussi offrir une protection moindre que celle conférée par les brevets sur les produits, a encouragé le développement et

la croissance d'entreprises locales. Toutefois, cela ne s'est pas produit au Canada. Le secteur des entreprises canadiennes n'a connu un essor qu'après l'introduction des licences obligatoires pour l'importation.

L'exclusion des brevets destinés aux produits a fait l'objet de plusieurs critiques. On a fait valoir par exemple que cela encourage l'invention de procédés contournant les brevets de procédés existants pour avoir accès aux produits et que cela entraîne un gaspillage de ressources. Il y aurait avantage à canaliser de tels efforts vers la mise au point de nouveaux produits. Par ailleurs, les brevets délivrés pour des procédés encouragent le titulaire du brevet initial à faire des recherches excessives pour élaborer d'autres procédés de fabrication de son propre produit et ainsi être en mesure de contrer les efforts de recherche d'éventuels concurrents.

Il n'existe aucune preuve que des concurrents éventuels et le premier titulaire de brevets aient réalisé de telles inventions inutiles au Canada, où il se fait très peu de recherche en chimie. Toutefois, le gaspillage au Canada est attribuable aux multiples demandes de licences obligatoires relatives à des brevets de procédés.

La délivrance de brevets multiples à l'égard des procédés a rendu difficile, sur le plan administratif, la détermination des redevances qu'il convient de verser aux fabricants dont les brevets ont fait l'objet de licences obligatoires. Le plus souvent, les divers brevets de procédés visant un médicament particulier ne sont pas d'égale importance. Certains procédés peuvent ne jamais être utilisés. Il est quand même sage, pour un fabricant de produits génériques, d'obtenir des licences obligatoires à l'égard de chacun des brevets de procédé et de verser des redevances aux titulaires des brevets, qui sont parfois plusieurs entreprises différentes. Il est difficile d'élaborer une formule équitable de partage de ces redevances en raison de l'importance inégale des divers brevets de procédés qui visent à restreindre l'imitation du même médicament. La redevance globale ne devrait pas excéder le niveau qui serait versé s'il n'y avait qu'un seul brevet.

Dans l'industrie pharmaceutique canadienne, les brevets de procédés ont pour principal effet de protéger indirectement le produit. C'est là pratiquement leur unique effet, étant donné notre très faible production de principes actifs. Certains procédés brevetés permettent la production d'un nouveau médicament et sont donc commercialement aussi importants que les brevets de produits. D'autres procédés brevetés permettent de réduire le coût de production ou d'améliorer la qualité du médicament et ont une valeur moindre que les premiers. Il existe enfin des procédés brevetés dont l'apport est nul. S'il fallait verser à l'égard de chacun des brevets de procédés visant un même médicament des redevances dont la somme dépasserait la proportion recommandée dans ce rapport pour un médicament visé par un seul brevet, ce médicament jouirait d'une protection excessive et les titulaires de licences obligatoires s'en trouveraient injustement désavantagés.

Les difficultés du partage des versements de redevances seraient atténuées s'il était possible, dans l'industrie pharmaceutique, de faire breveter les

produits. Pendant toute la durée du brevet de produit, la totalité des redevances sur les licences obligatoires serait versée au titulaire du brevet. Aucune redevance ne serait versée à l'égard des brevets de procédés de fabrication d'un produit sous licence au cours de cette période. À l'échéance du brevet de produit, les redevances versées par les titulaires de licences seraient partagées entre les fabricants qui détiendraient encore des brevets de procédés pour ce produit. De cette façon, l'inventeur d'un médicament recevrait la totalité des redevances pendant toute la durée de son brevet. Ce n'est que par la suite que les inventeurs de procédés améliorés de fabrication du médicament recevraient une compensation.

Les brevets de procédés visant un médicament et délivrés après le brevet initial de produit ou de procédé, peuvent allonger sensiblement la période de protection de ce médicament. En effet, les firmes innovatrices cherchent constamment à améliorer leurs produits et dès qu'une amélioration est mise au point, elles la font breveter. Ces brevets peuvent viser divers procédés de préparation du principe actif, les produits chimiques intermédiaires qui interviennent dans la fabrication du produit original et les modes d'utilisation du produit original. Un même médicament peut faire l'objet d'une vingtaine de brevets ou plus protégeant le produit pendant une période allant bien au-delà des 17 années prévues par le brevet initial.

Dans un contexte où des licences obligatoires sont octroyées, il semble inutile d'atténuer la protection pouvant être conférée à un produit en excluant les brevets de produits. Si un produit protégé par un brevet est suffisamment attrayant pour être copié, il est préférable que cela se fasse par l'octroi de licences obligatoires aux concurrents contre rémunération équitable du titulaire du brevet, plutôt que par un gaspillage d'efforts de recherche visant à élaborer de nouveaux procédés de fabrication. En outre, l'exclusion des brevets de produits crée d'autres difficultés que nous avons exposées ci-dessus.

La Commission recommande la suppression des limites imposées par la* Loi sur les brevets *pour les produits pharmaceutiques, à condition de conserver les dispositions de la* Loi sur les brevets *relatives aux licences obligatoires modifiées comme il est proposé dans ce rapport.

Renversement du fardeau de la preuve

En vertu de l'alinéa 41(2) de la *Loi sur les brevets*, le titulaire de licence obligatoire soupçonné de contrefaçon doit prouver que le procédé utilisé pour produire son médicament est celui pour lequel il détient une licence et non un autre couvert par un brevet. Ce principe s'appelle le renversement du fardeau de la preuve et il constitue une exception à la règle usuelle du «common law», voulant que celui qui prétend qu'une faute a été commise prouve ses allégations.

Sans le renversement du fardeau de la preuve, il serait plus difficile pour une entreprise titulaire de brevet d'en accuser une autre de contrefaçon. Elle serait tenue de prouver que la partie défenderesse a utilisé le procédé faisant l'objet du brevet qu'elle détient. Elle devrait donc démontrer par quel procédé a été fabriqué le produit. En l'absence du renversement du fardeau de la preuve, la protection offerte par les revendications pour un procédé et pour un produit par le procédé serait plus faible.

Les dispositions de la *Loi sur les brevets* du Canada prévoyant le renversement du fardeau de la preuve ont créé peu de difficultés aux fabricants de produits génériques, bien que ceux-ci importent et ne fabriquent pas les principes actifs auxquels s'appliquent les brevets. Les fabricants étrangers de principes actifs sont parfois peu disposés à donner des renseignements sur les procédés de fabrication des produits destinés à l'importateur canadien, de sorte que l'entreprise accusée de contrefaçon ne peut se défendre en apportant la preuve que son produit est fabriqué selon un procédé pour lequel elle détient une licence obligatoire. Conséquemment, les fabricants de produits génériques n'ont eu d'autre choix que d'obtenir une licence pour chaque procédé breveté de fabrication d'un médicament particulier. Cette solution était possible en raison du faible taux de redevance imposé et de la répartition des redevances entre tous les titulaires de brevets. Cet octroi de licences obligatoires multiples représente un gaspillage du même genre, mais beaucoup moins important, que celui qui résulte de l'invention d'un nouveau procédé dans le but de fabriquer un produit qui existe déjà.

Toutefois, les versements substantiels de redevances recommandés dans le rapport constitueraient un fardeau exagéré pour le fabricant de produits génériques devant obtenir des licences à l'égard de brevets de procédés allant au-delà de la durée du brevet du produit. Si le renversement du fardeau de la preuve était maintenu, ce fabricant serait présumé avoir contrefait un brevet s'il était incapable de démontrer quel processus a réellement été employé, même si le principe actif qu'il s'est procuré n'a pas été produit selon le nouveau procédé breveté. Face à ce dilemme, la seule solution qui s'offrirait à lui serait d'obtenir une licence et de verser des redevances élevées.

Le renversement du fardeau de la preuve se justifie par le fait que le titulaire de brevet, lorsqu'il y a contrefaçon, se trouve désavantagé parce qu'il n'a aucune connaissance directe du processus utilisé par l'entreprise accusée de contrefaçon, tandis que ce dernier possède cette information. Il arrive souvent qu'on ne retrouve pas ce désavantage dans le cas des titulaires de licences obligatoires de l'industrie pharmaceutique. En conséquence, lorsque des brevets de produits sont délivrés pour protéger les fabricants durant la durée normale du brevet, soit en leur accordant une exclusivité, soit en leur assurant une rémunération sous forme de redevances raisonnables sur une licence obligatoire, la règle du renversement du fardeau de la preuve offre une protection excessive aux titulaires de brevets de procédés.

La Commission recommande l'annulation du renversement du fardeau de la preuve pour les brevets pharmaceutiques.

L'importance du principe du renversement du fardeau de la preuve peut facilement être surestimée. La jurisprudence indique que dans le «common law», la règle générale selon laquelle la partie demanderesse doit prouver ses allégations n'est habituellement pas retenue lorsque l'information requise est du domaine particulier de l'une des parties. Dans un tel cas, c'est à celle qui possède cette information particulière de démontrer ou de démentir les faits allégués. Il ressort de la jurisprudence que même si le principe du renversement du fardeau de la preuve était retiré de l'alinéa 41(2) de la *Loi sur les brevets*, les tribunaux pourraient enjoindre les fabricants de produits génériques de révéler le procédé ayant servi à la fabrication des ingrédients importés lorsqu'ils ont accès à cette information.

Conclusion

Les diverses recommandations de la Commission en faveur d'une modification de la *Loi sur les brevets* et des dispositions pour l'attribution de licences obligatoires pour les produits pharmaceutiques visent à assurer une protection suffisante aux brevets et à offrir les stimulants nécessaires. Elles forment un ensemble d'éléments interdépendants. Le premier est la période de protection de quatre ans des détenteurs de brevets pour leur permettre d'assurer l'implantation de leurs produits et de leurs marques de commerce à l'abri de la concurrence. Le deuxième élément est le paiement de redevances par les détenteurs de licences obligatoires : ceux-ci doivent payer pour les avantages qu'ils retirent des dépenses mondiales de recherche à l'échelle mondiale et de promotion engagées au Canada par les détenteurs de brevets. Le paiement de redevances est le même pour tous les titulaires de licences obligatoires et constitue donc une taxe uniforme qui protège de la même façon tous les brevets de l'octroi de licence. La répartition du Fonds de redevances encourage la recherche au Canada puisqu'elle se révèle être une rémunération importante. Un troisième élément est le renforcement de la protection des brevets en permettant de breveter les produits, ce qui se justifie parallèlement au maintien de l'attribution de licences obligatoires. Le dernier élément est l'annulation du renversement du fardeau de la preuve qui s'applique seulement aux brevets pour procédés et qui, en tout état de cause, n'est pas indiqué, compte tenu de la situation particulière des détenteurs de licences obligatoires dans l'industrie canadienne.

Le changement d'un de ces éléments compromettrait l'équilibre souhaité entre la protection des intérêts des détenteurs de brevets et la création, dans l'industrie, d'une concurrence suffisamment forte pour assurer des prix raisonnables qui profitent aux contribuables et aux consommateurs. Il faudrait alors faire un réajustement des autres éléments afin de sauvegarder cet équilibre.

Le résultat de ces propositions serait que les consommateurs et les contribuables canadiens paieraient une part équitable des coûts de recherche pharmaceutique à l'échelle mondiale, pour les médicaments fabriqués sous licence obligatoire, aux entreprises qui assurent une part équitable de cette recherche au Canada. L'adoption de ces propositions assurerait également des prix qui ne seraient pas suffisamment élevés pour entraîner des profits ou des coûts de vente excessifs, assurant ainsi la protection du consommateur.

Chapitre 9

Autorisation de mise en marché : innocuité et efficacité

Introduction

Beaucoup de médicaments sont très efficaces pour combattre les maladies, prolonger la vie et améliorer le confort et la qualité de vie des malades. Toutefois, cette efficacité s'accompagne parfois d'effets toxiques, surtout lorsque plusieurs médicaments sont pris en même temps. Ces effets indésirables ne se produisent pas souvent, ni chez tous les consommateurs de médicaments, mais plutôt chez certains individus ou catégories particulières de personnes, comme les femmes enceintes.

Les fabricants et distributeurs de produits pharmaceutiques désirent éviter que leurs produits provoquent des effets indésirables, pour des motifs humanitaires, par sens des responsabilités et aussi parce que des effets indésirables peuvent entraîner des demandes d'indemnités qui donnent mauvaise presse à leurs marques et aux produits pharmaceutiques en général.

La multiplication des médicaments et l'augmentation de leur puissance depuis 1930 a inévitablement donné lieu à certains effets toxiques qui ont parfois causé la mort ou des infirmités. Ces catastrophes ont amené l'État à accroître son contrôle de la consommation des médicaments en exigeant que certains médicaments ne soient vendus que sur ordonnance d'un médecin et en rendant plus sévère l'évaluation des nouveaux médicaments avant leur mise en marché. Dans les années 1940 et 1950, ces évaluations portaient surtout sur l'innocuité des médicaments. Depuis 1960, les organismes de réglementation se sont également préoccupés de l'efficacité thérapeutique des nouveaux médicaments.

Les mécanismes réglementant l'introduction de nouveaux médicaments et contrôlant l'innocuité et l'efficacité des médicaments déjà sur le marché ne sont pas exactement les mêmes d'un pays à l'autre. Dans certains pays, on exige des entreprises qui désirent vendre un nouveau médicament des renseignements détaillés sur sa composition chimique, sur la méthode et l'endroit de sa fabrication et sur les résultats d'épreuves réalisés chez des animaux et chez les humains. Dans de nombreux pays, chaque étape clinique doit être autorisée avant l'étude finale, mais dans d'autres pays, comme la Suisse, toutes les épreuves cliniques peuvent être réalisées sans l'intervention de l'État et ce n'est

que lorsque l'entreprise demande l'autorisation de mettre le médicament sur le marché que l'État étudie à fond les épreuves qu'elle a effectuées. Certains pays exigent que les résultats cliniques proviennent du pays même alors que d'autres, comme le Canada, acceptent les résultats obtenus ailleurs à condition que les conditions expérimentales soient satisfaisantes aux yeux des autorités compétentes.

Dans certains pays, l'organisme de réglementation tient compte des jugements portés par d'autres pays effectuant une évaluation complète des médicaments et il peut approuver la commercialisation de médicaments en se basant sur les décisions prises dans d'autres pays, évitant ainsi la duplication des études, les coûts considérables qu'elles représentent pour les entreprises et l'État et les retards éventuels dans l'introduction des médicaments. L'organisme de réglementation canadien a une réputation telle dans certains pays de l'Afrique et de l'Amérique du Sud que notre approbation d'un médicament au Canada suffit à le faire approuver dans ces pays.

Étapes du processus d'approbation

Le processus d'approbation des médicaments au Canada peut servir d'exemple représentatif. Le tableau 9.1 présente les principales étapes du processus qui est à peu près le même aux États-Unis, en France, au Royaume-Uni et dans de nombreux autres pays.

Lorsqu'on a découvert une nouvelle substance chimique et qu'on estime qu'elle peut avoir un effet thérapeutique, on la met à l'épreuve dans des cultures de tissus et chez diverses espèces animales dans le but d'obtenir des renseignements sur sa toxicité et ses effets pharmacologiques. Les résultats obtenus aident à prévoir la toxicité et l'efficacité éventuelles de la substance chez les humains : c'est la phase pré-clinique. À ce stade, le fabricant détermine également si le principe actif peut être produit à grande échelle avec un contrôle suffisant de la qualité.

L'étape suivante est l'épreuve clinique. L'entreprise dépose une Présentation pré-clinique de drogue nouvelle (appelée habituellement Présentation de drogue nouvelle de recherche sur le modèle de la nomenclature américaine) qui a pour objet d'obtenir l'autorisation d'administrer le médicament à des humains, habituellement un petit groupe de volontaires en bonne santé, par l'entremise d'un médecin-chercheur compétent. Ces épreuves ont pour but principal de déterminer l'innocuité du nouveau produit pour les humains ou ses effets sur le métabolisme. La Présentation pré-clinique de drogue nouvelle (PPDN) renferme des renseignements détaillés sur le produit, notamment la méthode de fabrication, et les résultats d'épreuves effectuées chez des animaux, ainsi que l'identité du médecin-chercheur et les détails de ses protocoles de recherche.

La Direction générale de la protection de la santé étudie la demande, évalue les risques de l'expérimentation chez les humains par rapport aux

Tableau 9.1

Étapes de l'élaboration d'un nouveau médicament et de son approbation au Canada

Recherche	Réglementation
Découverte d'un nouveau médicament : synthèse chimique ou extraction, analyse, formulation.	
	Présentation pré-clinique de drogue nouvelle (PPDN) : tous les renseignements disponibles sur le nouveau médicament. Étude de la Direction générale de la protection de la santé (DGPS) du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Si le médicament est approuvé, le fabricant peut procéder aux épreuves cliniques.
	Protocoles : description détaillée des épreuves cliniques proposées chez les humains; chaque épreuve faisant l'objet d'une étude par la DGPS, l'éthique de l'établissement de recherche étant prise en considération et le consentement éclairé des sujets étant obtenu.
	Protocole de la phase 1 : toxicologie, petit groupe de sujets en bonne santé.
Phase 1 : recherche clinique	
	Protocole de la phase 2 : effet thérapeutique, texicologie, petit groupe de malades.
Phase 2 : recherche clinique	
	Protocole de la phase 3 : effet thérapeutique, toxicologie, grand échantillon.
Phase 3 : recherche clinique	
	Présentation de drogue nouvelle (PDN) : renseignements complets sur le nouveau médicament, dont un rapport complet des épreuves cliniques. En cas d'approbation, émission d'un Avis de conformité et d'une Monographie du produit.
Commercialisation	
Phase 4 : recherche clinique — aucune approbation requise.	

Note: Les recherches mentionnées dans la PPDN et dans la PDN n'ont pas à être faites au Canada.

avantages escomptés du médicament et, le cas échéant, l'approuve en réponse à la PPDN. Alors commence la phase 1 des essais cliniques. Une fois ceux-ci terminés, l'entreprise présente des données supplémentaires et un protocole pour obtenir l'autorisation de procéder à des essais cliniques sur un petit nombre de malades qui se portent volontaires dans le but de vérifier à la fois les effets thérapeutiques et l'innocuité du nouveau médicament. C'est la phase 2 des recherches, qui se déroule sous réserve de l'autorisation de la Direction générale de la protection de la santé. Vient ensuite la phase 3 des recherches qui porte sur un plus grand nombre de malades après la présentation d'autres protocoles et obtention d'une nouvelle autorisation. Chaque phase peut comporter plusieurs protocoles différents et successifs, dont chacun doit être approuvé par la Direction générale de la protection de la santé. Les recherches de la phase 1 et de la phase 2 sont les plus intéressantes du point de vue scientifique.

Une fois les recherches cliniques terminées, l'entreprise dépose une Présentation de drogue nouvelle (PDN) pour obtenir la permission de mettre le médicament sur le marché. Cette PDN est un ensemble élaboré de documents, comprenant souvent plusieurs centaines de volumes, qui donnent les détails de toutes les expériences effectuées sur le médicament au Canada et à l'étranger, le nom du fabricant du principe actif, la marque de commerce que recevra le produit, une description complète du médicament et de ses usages, l'information qui sera distribuée aux médecins, aux pharmaciens et dans certains cas, aux consommateurs, ainsi que d'autres données.

Lorsque la Direction générale de la protection de la santé émet un Avis de conformité à une PDN, le médicament peut être vendu et reçoit le «statut de drogue nouvelle». L'Avis de conformité s'accompagne d'une Monographie du produit qui s'inspire de l'information qui a été présentée à l'organisme de réglementation dans la PDN et en constitue en fait un résumé. La Monographie du produit est rédigée par l'entreprise qui doit y apporter les modifications requises par la Direction générale de la protection de la santé, laquelle donne son approbation finale. La Monographie renseigne les professionnels de la santé sur le mode d'emploi du produit et fait toutes les mises en garde à son sujet; elle donne en plus un résumé et les sources de toutes les études effectuées, publiées ou non, sur le médicament. Certaines parties de ce document peuvent être destinées aux consommateurs. La Monographie du produit est rendue publique au moment de la délivrance de l'Avis de conformité.

Un médicament dont la commercialisation a été approuvée peut faire l'objet d'essais ultérieurs qui sont les essais cliniques de la phase 4. Ces essais n'ont pas besoin d'être autorisés si le médicament est étudié à la dose et selon le mode d'emploi qui figurent dans la Monographie du produit. Un médicament garde pendant plusieurs années le «statut de drogue nouvelle» de façon à ce que la Direction générale de la production de la santé puisse en contrôler les ventes jusqu'à ce que son innocuité et son efficacité aient été pleinement connues. Depuis 1963, peu de médicaments ont perdu leur «statut de drogue nouvelle». Les «vieux» médicaments ne font pratiquement plus l'objet de contrôles.

Si l'expérience ou l'expérimentation (cette dernière doit faire l'objet d'une nouvelle PPDN et les protocoles doivent être autorisés) conduisait à de nouvelles utilisations que celles autorisées à l'origine, le médicament doit faire l'objet d'une Présentation supplémentaire de drogue nouvelle adressée à la direction générale de la protection de la santé et repasser toutes les étapes de l'approbation.

Objectifs et effets des règlements sur les médicaments

L'objectif visé par la réglementation est le juste équilibre entre les avantages que la société retire d'une garantie de l'innocuité et de l'efficacité des nouveaux médicaments et le coût d'un tel processus. Les coûts sont défrayés en partie par les contribuables (administration) et en partie par les fabricants (administration et respect des normes). Il y a également un aspect important et non mesurable des coûts qui provient du fait que des médicaments qui s'avèrent bénéfiques ne sont pas accessibles immédiatement.

On doit également tenir compte de l'effet de la lenteur du processus d'approbation sur le niveau de recherche et développement réalisés en pharmacologie au pays. La plupart des gouvernements cherchent à stimuler la recherche pour créer des emplois dans le secteur scientifique, familiariser les médecins avec les nouveaux médicaments dans l'intérêt des malades et ouvrir de nouvelles voies de développement industriel.

Depuis le début des années 1960, la plupart des pays exigent un surcroît d'information pour déterminer l'efficacité et l'innocuité des médicaments. Cela a nécessité davantage d'épreuves chez les animaux et chez l'homme. Par conséquent, la période qui s'écoule entre la découverte d'un médicament et l'autorisation de le mettre au marché s'est allongée de plusieurs années, entraînant un accroissement des coûts des fabricants de produits pharmaceutiques. Cette augmentation des coûts s'est accompagnée d'une diminution du nombre des nouvelles substances chimiques mises sur le marché, en dépit de l'augmentation des dépenses que l'industrie pharmaceutique consacre à la recherche et au développement à l'échelle mondiale. Les causes précises de cette diminution du nombre des nouvelles substances sont très controversées, mais trois facteurs s'avèrent prédominants : l'exclusion des médicaments jugés inefficaces par les organismes de réglementation, la diminution de la somme des connaissances scientifiques non encore exploitées et l'augmentation des coûts liés à l'introduction de nouveaux médicaments soumis à des règlements plus sévères.

On croit que la variation des coûts d'un pays à l'autre en fonction de la sévérité des règlements et de l'efficacité de leur administration suffit à influer sur le choix du lieu où les entreprises effectuent leurs recherches cliniques. Les coûts d'une entreprise pharmaceutique sont d'autant plus bas qu'elle sait plus rapidement si un médicament aura du succès ou sera retiré. Par conséquent, les règlements qui influent sur le délai imposé aux entreprises pharmaceutiques pour obtenir l'autorisation d'effectuer leurs essais cliniques ont un rôle primordial.

Le système de réglementation canadien

On considère généralement que les normes canadiennes destinées à garantir l'innocuité et l'efficacité des nouveaux médicaments ou présidant à la révision de l'innocuité de médicaments déjà approuvés sont très sévères. Le programme complet des essais cliniques doit figurer dans la Présentation pré-clinique d'une drogue nouvelle. L'organisme de réglementation étudie la demande et l'approuve s'il la juge acceptable. Par la suite, le requérant doit faire étudier et approuver chaque protocole de recherche de la phase 2 et de la phase 3 avant de passer à l'étape suivante des essais cliniques. L'étape suivante est la Présentation de la drogue nouvelle suivie de la décision d'approuver ou de ne pas approuver la commercialisation du produit.

Les ressources que la Direction générale de la protection de la santé consacre à ce système n'ont pas beaucoup augmenté au fil des ans par rapport au nombre de Présentations pré-cliniques de drogue nouvelle, de Présentations de drogue nouvelle, de Présentations supplémentaires de drogue nouvelle et de Protocoles. Cela a eu pour effet de retarder l'étude des demandes dans toutes les catégories (sauf les protocoles) et de maintenir un arrérage de demandes, de retarder le moment où les malades peuvent profiter des nouveaux médicaments et de nuire à l'attrait qu'exerce le Canada comme site de recherches cliniques.

Au deuxième rang des préoccupations formulées à la Commission, après les dispositions actuelles de la *Loi sur les brevets*, on trouve le retard et les caractéristiques du processus canadien d'approbation des expériences et de la commercialisation.

Le tableau 9.2 montre le nombre de présentations de drogue nouvelle qui ont été approuvées au cours des quatre dernières années, selon le type d'entreprise qui a présenté la demande. (Les données ne tiennent pas compte des demandes approuvées après plus de 12 mois, parce que les entreprises n'avaient probablement pas bien préparé leurs demandes.) Le tableau révèle que les entreprises titulaires de brevet ont présenté beaucoup plus de demandes que les entreprises de produits génériques et les établissements de recherche et que l'intervalle entre la Présentation pré-clinique de drogue nouvelle et l'approbation qui permet de passer aux essais cliniques est à peu près le même dans le cas des deux types d'entreprises, mais plus court dans le cas des établissements de recherche. Les demandes présentées par les établissements de recherche sont habituellement plus simples que celles des entreprises.

Il faut souligner que la Direction générale de la protection de la santé n'est pas responsable de tous les délais qui surviennent entre la Présentation pré-clinique de drogue nouvelle, la Présentation de drogue nouvelle et l'approbation. Lorsqu'elle étudie la demande, la Direction générale demande parfois aux entreprises de fournir des renseignements supplémentaires qui tardent souvent à venir. Près du quart du nombre total des jours de retard à soumettre une Présentation de drogue nouvelle est imputable aux entreprises. Dans le cas des Présentations pré-cliniques de drogue nouvelle et des Protocoles, ces délais sont légèrement inférieurs à la moitié du nombre total de jours de retard.

Tableau 9.2

Délai moyen entre la Présentation pré-clinique de drogue nouvelle (PPDN) et l'approbation 1981 – juillet 1984

Année	Entreprises titulaires de brevet		Entreprises de produits génériques		Hôpitaux et établissements de recherche	
	N	Délai*	N	Délai*	N	Délai*
1981	29	4,9 (2,3)	10	4,7 (3,8)	5	1,4
1982	27	5,7 (3,7)	5	2,2 (0,8)	4	1,8
1983	34	4,7 (2,7)	10	5,5 (2,8)	6	1,7
1984 (7 mois)	20	5,1 (2,8)	5	6,2 (2,8)	8	2,2
Moyenne de 1981-1984 :		5,1		4,8		1,8

* Délai moyen (± écart-type) d'approbation de la PPDN en mois, à l'exclusion des demandes qui ont été approuvées après plus de 12 mois.

Le délai moyen entre la PPDN et l'approbation est d'environ cinq mois. Les délais sont les mêmes pour l'approbation des protocoles dont plusieurs peuvent être requis au cours de chaque phase de la recherche. Ainsi, une entreprise désirant appliquer un programme complet de recherche à une nouvelle substance chimique, avec de nombreux essais cliniques dans les phases 1, 2 et 3, doit prévoir un délai de deux à trois ans pour l'approbation de la substance. En réalité, les délais occasionnés par la recherche clinique sur certains médicaments nouveaux au Canada ne sont pas si longs car les entreprises font la plus grande partie de leurs recherches ailleurs et les résultats qui figurent dans la Présentation de drogue nouvelle ont été obtenus dans d'autres pays.

Le lent processus d'approbation des nouveaux médicaments au Canada, et la possibilité de présenter des résultats obtenus à l'étranger, ont fait que 11 des 66 nouveaux médicaments approuvés entre janvier 1981 et juillet 1984 n'ont subi aucun essai clinique au Canada. Le tableau 9.3 montre que 18 des 30 médicaments majeurs retenus dans notre échantillon de médicaments et approuvés entre 1956 et juillet 1984 ont fait l'objet de demandes ne faisant état d'aucune donnée clinique canadienne. La plupart de ces 18 médicaments ont été introduits au Canada avant 1970.

Les autorités canadiennes n'exigent pas que les résultats des recherches cliniques qui accompagnent la demande de commercialisation des nouvelles substances chimiques aient été obtenus au Canada. Les résultats des essais effectués à l'étranger sont acceptés s'ils sont jugés de qualité suffisante. Cette disposition évite le gaspillage des ressources qui se produirait si les entreprises devaient répéter au Canada des recherches qui ont déjà été effectuées ailleurs. Elle réduit également le délai avant la présentation aux médecins et aux malades des nouveaux médicaments disponibles au Canada parce que les entreprises peuvent utiliser des résultats ayant déjà été obtenus à l'étranger ou

Tableau 9.3

Données comparatives entre l'entreprise innovatrice et la première entreprise de produits génériques : 29 médicaments importants, 1956-1984

Dénomination générique	Nom déposé[a]	Demande PPDN (1)	Approbation PPDN/AC (2)	PPDN: Délai d'approbation (mois) (2)-(1) (3)	Demande PDN (4)	Approbation PDN/AC (5)
PERPHÉNAZINE	TRILAFON (Schering)	—	—	—	05-12-56	23-01-57
	PHENAZINE (ICN)		Ancien médicament		pas connu	18-11-74[a]
TRIFLUORO-PERAZINE	STELAZINE (SKF)	—	—	—	04-01-58	20-06-58
	NOVORIDA-ZINE (Novopharm)		Ancien médicament		pas de PDN	
SPIRONOLAC-TONE	ALDACTONE (Searle)	—	—	—	19-11-59	08-12-59
	NOVOSPIRO-TAN (Novopharm)	08-05-80	26-01-82	20	09-09-82	09-02-84
AMITRIPTYLINE	ELAVIL (MSD)	—	—	—	20-12-60	28-02-61
	LEVATE (ICN)		Ancien médicament	—	pas de PDN	
DIAZÉPAM	VALIUM (Roche)	—	—	—	05-01-62	08-02-62
	VIVOL (Horner)	25-02-69	29-04-69	2	14-01-70	12-05-70
CLOXACILLINE	ORBENIN (Ayerst)	—	—	—	25-06-63	27-09-63
	NOVOCLOXIN (Novopharm)	06-11-75	26-01-76	2	17-03-76	04-01-79
FLUOCINOLONE	SYNALAR (Syntex)	—	—	—	26-03-62	05-10-63
	FLUODERM (K-Line)		Ancien médicament		pas de PDN	
BÉTAMÉTHASONE	CELESTODERM (Schering)	—	—	—	13-04-64	16-02-65
	BETADERM (K-Line)		Ancien médicament	—	pas de PDN	
OXAZÉPAM	SERAX (Wyeth)	—	—	—	12-03-64	21-06-65
	OXPAM	07-06-78	19-09-78	3	31-01-79	21-06-79
INDOMÉTHACIN	INDOCID (MSD)	—	—	—	03-07-64	22-09-65
	NOVOMETHA-CINE (Novopharm)	17-07-75	22-01-77	18	22-10-79	08-10-80
HALOPÉRIDOL	HALDOL (McNeil)	pas de PDN	—	—	05-01-65	21-02-66
	NOVOPERIDOL (Novopharm)	07-02-79	24-07-80	17	28-07-81	13-04-84

PDN: Délai d'approbation (mois) (5)-(4) (6)	Date de commercialisation (7)	Exclusivité du marché[b] (mois) (8)	Exclusivité du marché[c] après 1969 (mois) (9)	Date de la demande de licence (10)	Date de l'octroi de la licence (11)	Exclusivité du brevet[d] (mois) (11)-(7) (12)	Période de recherche (mois) (4)-(2) (13)
1	1957	180	30			180	—
5	01-73			01-74	11-74		—
5	1958	168	24			144	—
	1972			08-69	04-70		—
1	12-59	291	166			204	—
16	03-84			06-75	12-76		8
8	1961	124	13			120	—
9	06-71			08-70	06-71		—
1	1962	96	0			96	—
4	1970			07-69	04-70		9
3	1963	144	60			144	—
34	02-75			11-74	12-75		2
7	1963	192	108			168	—
	1979			04-76	04-77		—
10	1 965	168	108			168	—
	1979			03-78	06-79		—
15	06-65	168	109			1 68	—
5	06-79			06-78	31-06-79		4
14	09-65	181	125			109	—
12	10-80			11-73	10-74		33
13	03-66	217	167			128	—
33	04 -84			04-75	11-76		12

Tableau 9.3 (suite)

Données comparatives entre l'entreprise innovatrice et la première entreprise de produits génériques : 29 médicaments importants, 1956-1984

Dénomination générique	Nom déposé*	Demande PPDN (1)	Approbation PPDN/AC (2)	PPDN: Délai d'approbation (mois) (2)-(1) (3)	Demande PDN (4)	Approbation PDN/AC (5)
TRIAMTÉRÈNE + HYDROCHLOROTHIAZIDE	DYAZIDE (SKF)	—	—	—	26-06-64	16-03-66
	NOVOTRIAMZIDE (Novopharm)	19-11-79	04-02-80	3	04-09-80	16-09-81
ALLOPURINOL	ZYLOPRIM (B.W.)	—	—	—	06-10-64	25-03-66
	PURINOL (Horner)	18-11-76	17-03-77	5	08-08-77	16-03-78
FUROSÉMIDE	LASIX (Hoechst)	—	—	—	13-12-65	15-06-66
	NOVOSEMIDE (Novopharm)	26-05-75	08-08-75	3	18-12-75	23-07-76
CLOFIBRATE	ATROMID-S (Ayerst)	—	—	—	28-12-64	07-11-67
	NOVOFIBRATE (Novopharm)	18-12-75	01-11-76	11	12-04-77	22-06-78
PROPRANOLOL	INDERAL (Ayerst)	15-06-64	29-10-64	5	19-08-66	08-07-68
	APO-PROPRANOLOL (Apotex)	11-10-77	16-02-79	16	12-11-79	01-04-80
FLURAZÉPAM	DALMANE (Roche)	—	—	—	23-10-68	16-12-70
	NOVOFLURAM (Novopharm)	01-12-77	21-06-78	7	27-02-79	28-04-80
CÉPHALEXINE	KEFLEX (Lilly)	25-03-69	23-11-69	8	20-01-70	07-01-71
	NOVOLEXIN (Novopharm)	14-02-77	11-01-78	11	26-05-78	15-08-78
RIFAMPICINE	RIFADIN (Dow)	02-08-68	11-09-69	13	16-02-71	10-02-72
	ROFACT (ICN)	16-12-75	20-02-76	2	03-10-75	17-05-77
SALBUTAMOL	VENTOLIN (Glaxo)	19-02-69	05-07-70	15	19-01-72	20-10-72
	NOVOSALMOL (Novopharm)	09-07-81	08-11-82	16	20-09-83	14-09-84
IBUPROFÈNE	MOTRIN (Upjohn)	27-12-67	30-10-70	34	05-06-70	08-12-72
	APO-ABUPROFEN (Apotex)	10-09-81	08-01-82	4	20-04-82	08-09-83
CLORAZÉPATE	TRANXENE (Abbott)	—	—	—	02-08-72	24-04-73
	NOVOCLOPATE (Novopharm)	18-11-82	07-03-83	4	21-12-83	11-84

PDN: Délai d'approbation (mois) (5)-(4) (6)	Date de commercialisation (7)	Exclusivité du marché[b] (mois) (8)	Exclusivité du marché[c] après 1969 (mois) (9)	Date de la demande de licence (10)	Date de l'octroi de la licence (11)	Exclusivité du brevet[d] (mois) (11)-(7) (12)	Période de recherche (mois) (4)-(2) (13)
21	1966	180	132			156	—
12	1981			04-78	01-79		7
17	1966	144	96			132	—
7	1978			12-76	08-77		5
6	06-66	122	75			83	—
7	08-76			05-72	05-73		4
35	01-68	125	97			81	—
14	06-78			01-74	10-74		5
23	07-68	141	119			131	22
5	04-80			06-78	06-79		9
26	03-71	110	110			69	—
14	05-80			09-75	12-75		8
12	11-71	96	90			60	2
3	1979			03-75	11-76		4
12	02-72	63	63			41	17
19	05-77			01- 75	07-75		4
9	10-72	141	141			81	18
12	10-84			07-79	07-79		10
30	12-72	129	129			125	0
16	09-83			03-82	05-83		3
8	05-73	139	139			115	—
11	12-84			02-81	12-82		9

Tableau 9.3 (suite)

Données comparatives entre l'entreprise innovatrice et la première entreprise de produits génériques : 29 médicaments importants, 1956-1984

Dénomination générique	Nom déposé[a]	Demande PPDN (1)	Approbation PPDN/AC (2)	PPDN: Délai d'approbation (mois) (2)-(1) (3)	Demande PDN (4)	Approbation PDN/AC (5)
TRIMÉTOPRIME	BACTRIM (Roche)	03-03-70	10-07-70	4	27-10-72	16-08-7 3
	APO-SULFATIM (Apotex)	31-08-78	21-02-79	6	13-06-79	30-10-79
AMOXICILLINE	AMOXIL (Ayerst)	29-09-71	29-09-72	12	17-07-73	07-02-74
	AMOXICAM (ICN)	20-09-76	22-11-76	2	25-01-77	30-01-78
NAPROXÈNE	NAPROSYN (Syntex)	09-04-70	07-05-70	1	21-11-73	14-06-7 4
	NOVONAPROX (Novopharm)	28-04-81	11-08-81	4	14-12-81	04-08-82
LORAZÉPAM	ATIVAN (Wyeth)	03-03-71	17-12-71	9	14-05-75	14-02-77
	NOVO-LORA (Novopharm)	19-01-83	26-07-83	6	21-03-84	à l'étude
CIMETIDINE	TAGAMET (SKF)	30-05-75	23-09-75	4	07-09-76	31-05-77
	PEPTOL (Horner)	01-10-79	24-01-80	3	14-05-81	03-09-81
TARTRATE DE MÉTOPROLOL	LOPRESOR (Geigy)	11-06-73	15-05-74	11	19-08-76	27-06-77
	APO-METO-PROLOL (Apotex)	27-05-82	04-03-83	9	11-08-83	26-06-84
KETOPROFÈNE	ORUDIS (Rhône-Poulenc)	05-09-72	02-10-73	13	22-01-75	29-11-77
	APOKETROPO-FEN (Apotex)	19-10-83	à l'étude	—	—	—

[a] Le premier nom est le nom déposé du titulaire du brevet original; le deuxième est celui du premier produit concurrent générique.

[b] Date de commercialisation du produit innovateur moins date de commercialisation du produit générique.

[c] Nombre de mois d'exclusivité après avril 1970, la première date à laquelle une licence obligatoire a été accordée après la modification de la Loi sur les brevets.

[d] Date de commercialisation du produit innovateur moins date d'octroi de la licence à l'entreprise de produits génériques.

PDN: Délai d'approbation (mois) (5)-(4) (6)	Date de commercialisation (7)	Exclusivité du marché[b] (mois) (8)	Exclusivité du marché[c] après 1969 (mois) (9)	Date de la demande de licence (10)	Date de l'octroi de la licence (11)	Exclusivité du brevet[d] (mois) (11)-(7) (12)	Période de recherche (mois) (4)-(2) (13)
10	08-73	75	75			63	27
4	11-79			08-77	11-78		4
7	01-74	48	48			48	10
12	02-78			08-76	04-77		2
7	06-74	98	98			60	42
9	08 -82			04-78	06-79		4
21	03-77					75	41
—	—			10-82	06-83		
8	06-77	51	51			37	12
4	09-81			07-79	07-80		4
10	06-77	87	87			87	27
22	09-84			10-83	01-85		5
34	12-77					62	15
—	—			02-81	02-83		—

obtenir d'autres résultats dans des pays où les délais sont plus courts. Ces mesures visent l'innocuité et la rapidité d'introduction des nouveaux médicaments, et non une stimulation de la recherche clinique par le biais de demandes inutiles.

La Commission est d'avis que la Direction générale de la protection de la santé devrait maintenir sa politique d'acceptation des données pertinentes provenant d'essais cliniques effectués à l'étranger qui accompagnent une Présentation de drogue nouvelle.

Le fait qu'une partie seulement des programmes de recherche clinique sont réalisés au Canada est mis en lumière par le petit nombre d'essais des phases 1 et 2 (recherche fondamentale), comparativement aux phases 3 et 4. Une enquête de l'Association canadienne de l'industrie du médicament auprès des plus grandes entreprises de l'industrie révèle que la proportion des dépenses consacrées aux phases 1, 2, 3 et 4 de la recherche au Canada était de 7, 14, 57 et 22 pour cent respectivement sur une période de cinq ans, de 1979 à 1983.

Le tableau 9.4 indique le délai en mois pour l'émission d'un avis de conformité à la suite d'une Présentation de drogue nouvelle au cours des quatre dernières années. Le délai moyen est d'un peu plus de deux ans pour l'approbation d'une nouvelle substance chimique présentée par le détenteur de brevet, alors qu'il est d'environ neuf mois pour une copie d'un médicament déjà approuvé présentée par une entreprise titulaire d'une licence obligatoire. L'organisme de réglementation possède déjà des renseignements sur les médicaments génériques et les connaît bien.

Le tableau 9.5 indique la période minimale qui se serait écoulée entre la PPDN et l'émission de l'Avis de conformité permettant la commercialisation, de 1981 à 1984. Dans le cas d'une approbation à la suite d'une PPDN pour une nouvelle substance chimique provenant d'une entreprise titulaire de brevet, le délai était de 4,7 mois, alors qu'il était de 24,6 mois pour la PDN. Les recherches cliniques effectuées entre l'approbation d'une PPDN et la Présentation de drogue nouvelle atteignaient en moyenne 33,1 mois. Ces trois périodes totalisaient en moyenne 62,4 mois. Il s'agit là d'un minimum, car les calculs ne tiennent pas compte des délais occasionnés lorsqu'une entreprise demande la permission d'effectuer en série les essais des phases 1, 2 et 3. Les calculs ne tiennent pas compte non plus des PPDN exceptionnellement longues. Dans le cas des entreprises de produits génériques, le délai total est de 28,1 mois.

Comparaison entre les règlements canadiens et les règlements étrangers

Les règlements canadiens sont sévères par rapport à ceux d'autres pays. Pour s'en convaincre, il suffit de s'arrêter aux conditions faites dans divers pays aux entreprises qui désirent faire approuver un nouveau médicament et à durée réelle du processus d'approbation. Ce dernier élément varie en fonction de la

Tableau 9.4

Délai moyen pour la délivrance d'un Avis de conformité (AC) à la suite d'une Présentation de drogue nouvelle (PDN), 1981 à juillet 1984

Année	Entreprises titulaires de brevet		Entreprises de produits génériques	
	N	Délai*	N	Délai*
1981	21	28,6 (25,7)	9	8,3 (3,6)
1982	17	31,9 (34,6)	9	6,7 (3,4)
1983	16	15,9 (12,1)	12	6,8 (5,1)
1984 (7 mois)	12	19,2 (13)	9	12,6 (8,9)
Moyenne de 1981-1984 :		24,6 (24,6)		8,9 (6)

* Délai moyen (± écart-type) en mois

nature des règlements et il est aussi affecté par l'efficacité de l'administration du processus, les ressources qui y sont consacrées. De plus, il varie selon la mesure dans laquelle les recherches cliniques ont été faites sur place par les entreprises qui font une demande.

La durée des études toxicologiques chez les animaux requises pour une Présentation pré-clinique de drogue nouvelle au Canada n'est pas la même que dans d'autres pays. Elle est de 18 mois au Canada, de 12 mois aux États-Unis et de six mois au Royaume-Uni, en France et en Allemagne de l'Ouest.

Au Canada, la PPDN doit couvrir en détail les aspects chimiques, pharmacologiques et toxicologiques des recherches pré-cliniques et décrire tous les protocoles cliniques. La Direction générale de la protection de la santé doit approuver les recherches, ce qui prend environ cinq mois. Aux États-Unis, les entreprises doivent fournir la même documentation dans leur Présentation de drogue nouvelle de recherche (*Investigational New Drug Submission*), mais la *Federal Drug Administration* n'a que 30 jours pour étudier les aspects des recherches cliniques proposées ayant trait à l'innocuité. Elle peut opposer son veto aux recherches cliniques proposées, ce qui arrive dans 1 ou 2 pour cent des cas. Les recherches sont entreprises automatiquement sauf en cas de refus. Pendant que les recherches se poursuivent au cours des deux à quatre mois qui suivent la demande, la *Federal Drug Administration* révise le programme de recherche et signale au fabricant les faiblesses éventuelles en prévision des données qui pourraient être nécessaires à l'approbation du nouveau médicament. Au Royaume-Uni, la PPDN ne renferme qu'un résumé des études pré-cliniques et des aspects chimiques et pharmacologiques des recherches, et les protocoles cliniques y sont décrits sommairement. Le *Department of Health and Social Services* a 35 jours pour opposer son veto aux études proposées, autrement elles sont entreprises. En France, les données de l'entreprise sont

Tableau 9.5

Durée de la période d'approbation et des recherches cliniques avant l'émission de l'Avis de conformité (AC) dans le cas des Présentations de drogue nouvelle (PDN), de 1981 à juillet 1984

Année	Entreprises titulaires de brevet				Entreprises de produits génériques			
	Durée*				Durée*			
	PPDN**	PDN	Recherche clinique	Total	PPDN**	PDN	Recherche clinique	Total
1981	5,3	28,6	25,7	56,6	6,2	8,3	11,6	26,1
1982	4,7	31,9	29,8	66,4	5,4	6,7	7,5	19,9
1983	4,1	15,9	44,6	64,6	5,0	6,8	10,1	21,9
1984 (7 mois)	3,7	19,2	34,6	57,5	9,0	12,6	9,5	31,1
Moyenne de 1981-1984 :	4,7	24,6	33,1	62,4	6,0	8,9	13,2	28,1

* Valeurs moyennes en mois

** PPDN approuvées dans les 12 mois

étudiées par un expert choisi par l'entreprise parmi une liste officielle. L'organisme de réglementation doit être informé des recherches projetées et doit donner sa réponse dans les 30 jours. En Allemagne de l'Ouest, il suffit que l'entreprise informe les autorités qu'elle entreprend une étude clinique.

Il faut aussi cinq mois pour l'approbation des protocoles de recherche clinique au Canada. Aux États-Unis, en France et en Allemagne de l'Ouest, l'entreprise informe simplement les autorités que des essais cliniques sont en cours. Au Royaume-Uni, les protocoles doivent être approuvés en moins d'un mois.

Au Canada, il s'écoule en moyenne 24,6 mois entre une présentation de drogue nouvelle et l'Avis de conformité. Au Royaume-Uni et en France, cette période est de six mois. Aux États-Unis, elle est de 12,3 mois pour les médicaments qui représentent un progrès thérapeutique important ou modeste et de 19,5 mois pour les médicaments qui ne représentent qu'un progrès mineur. Les États-Unis ont aussi un mécanisme pour accélérer le processus d'approbation des nouveaux médicaments considérés comme des innovations thérapeutiques importantes. En outre, on a adopté de nouveaux règlements le 11 décembre 1984 permettant à la *Federal Drug Administration* d'approuver une demande uniquement sur la foi de données cliniques obtenues à l'étranger (comme au Canada) et permettant l'étude simultanée des demandes par différents bureaux de la FDA.

Il est difficile d'évaluer l'effet des différences dans les règlements des pays sur la quantité de recherche clinique effectuée dans chaque pays. Il est toutefois évident que nos très longs délais pour l'approbation des projets de recherche peuvent décourager les entreprises d'inclure des travaux canadiens dans leurs activités de recherche multinationales. Les délais désavantagent particulièrement la recherche au Canada lorsque des projets sont en cours simultanément dans plusieurs centres afin d'obtenir des échantillons importants et d'englober des populations diverses. D'après des entreprises titulaires de brevet au Canada, plusieurs études cliniques ont dû être annulées à cause des délais réglementaires. Il est vraisemblable qu'une harmonisation des règlements canadiens avec ceux d'autres pays accroîtrait la recherche clinique canadienne d'au moins 50 pour cent comme l'estiment plusieurs entreprises.

L'expérience britannique laisse présager que la recherche clinique peut être augmentée au Canada. Jusqu'en mars 1981, les règlements britanniques exigeaient une PPDN semblable à celle qui est actuellement exigée au Canada et aux États-Unis : elle devait renfermer toutes les données disponibles. Depuis cette date, les demandes consistent en un résumé d'au plus 50 pages ne comprenant aucune donnée brute. Les autorités se prononcent habituellement dans les 35 jours, mais elles peuvent prendre plus de temps ou exiger une présentation complète en cas de doute. La formule du résumé est utilisée pour la plupart des médicaments. Entre 1980 et 1983, le nombre de PPDN est passé de 40 à 120 au Royaume-Uni, alors que pour la même période il passait de 136 à 144 aux États-Unis et de 40 à 34 au Canada. Les modifications apportées aux règlements au Royaume-Uni ont incité les entreprises à y effectuer

davantage de recherche clinique et à abandonner leur habitude d'effectuer une partie de leur recherche clinique ailleurs en Europe où les règlements pour les faire approuver étaient moins sévères.

D'après le tableau 9.5, un projet de recherche clinique sur une nouvelle substance chimique au Canada entre 1981 et 1984 durait en moyenne 33 mois. Aux États-Unis, la durée est de 69 mois. L'écart tient au fait que les recherches sont plus poussées aux États-Unis où se déroule souvent tout un programme de recherche pour un nouveau médicament. Parmi les nombreux facteurs qui expliquent sans doute le nombre relativement faible des recherches cliniques effectuées au Canada, la lenteur du processus d'approbation au Canada et les longs délais supplémentaires requis pour l'approbation des protocoles dans le cas de programmes de recherche complets comptent certainement pour beaucoup. Le Canada offre par ailleurs des avantages certains comme la qualité généralement excellente de la recherche clinique au Canada, sa proximité des États-Unis et les coûts de la recherche clinique qui y sont moindres qu'aux États-Unis.

Accélération du processus d'approbation au Canada

Il est évident que les exigences pour la mise en marché des médicaments au Canada occasionnent des délais plus longs que dans d'autres pays, et du même coup, empêchent la population de profiter rapidement des innovations thérapeutiques et diminuent les profits que les entreprises retirent des nouveaux médicaments. La lenteur du processus diminue également l'attrait du Canada comme lieu de recherche clinique. On peut se demander si ces inconvénients sont justifiés en regard des risques que présentent les effets indésirables de nouveaux médicaments approuvés de façon trop expéditive. À ce sujet, il convient de mentionner l'opinion exprimée par l'Association médicale canadienne dans un mémoire adressé à la Commission : «Evidence is accumulating that in countries with lengthy approval mechanisms the standard of drug safety is not noticeably higher than in those countries such as the United Kingdom where approval procedures are much shorter.»

Bien que l'État doive imposer des normes sévères limitant l'accès général aux médicaments d'ordonnance dans le but de protéger la population, il n'en demeure pas moins que les essais cliniques sont effectués par des chercheurs hautement qualifiés dont les programmes de recherche sont approuvés et surveillés par des comités de recherche et des comités d'éthique dans les universités, les hôpitaux et d'autres établissements qui évaluent les risques et veillent à ce que les sujets d'expérience soient au courant des expériences et y consentent. Le milieu scientifique est restreint au Canada, les chercheurs sont très compétents et se connaissent les uns les autres de sorte que les volontaires et les malades ne courraient pas plus de risques à participer à des recherches cliniques si le processus d'approbation des Présentations pré-cliniques de drogue nouvelle était accéléré. Les risques sont plus grands lorsqu'un nouveau médicament est sur le marché et qu'un grand nombre de patients sont exposés à ses effets dans un milieu moins bien contrôlé que lors des essais cliniques.

Pour les raisons invoquées plus haut, ***la Commission recommande que les Présentations pré-cliniques de nouveaux médicaments ne comprennent qu'un résumé des renseignements sur le nouveau médicament, attesté au Canada par un professionnel de la santé, et un protocole des études cliniques proposées. La Commission recommande également que les approbations pour ces Présentations pré-cliniques soient automatiquement accordés dans le mois qui suit leur réception à moins que la Direction de la protection de la santé n'ait une raison précise de ne pas le faire ou exige plus de renseignements de la société qui en fait la demande. L'approbation devrait également valoir pour les protocoles de recherche aux étapes 1, 2 et 3 qui ne devraient pas exiger d'autres approbations à moins d'une décision expresse de la Direction de la protection de la santé.*** Un tel système fonctionne efficacement au Royaume-Uni présentement.

Il est également important que l'examen final des renseignements portant sur un nouveau médicament dans le cadre du processus PDN/AC soit plus expéditif. Qu'on lui accorde des ressources supplémentaires ou non, la Direction générale de la protection de la santé devra réviser ses exigences, ses activités et ses méthodes pour atteindre ses objectifs. Il est évident que si la Direction générale doit consacrer davantage de ressources à l'examen des PDN, elle devra abandonner ou restreindre certaines activités et rendre ses méthodes plus efficaces en améliorant la coordination et la communication avec l'industrie et en uniformisant les normes. La Commission ne peut juger de la valeur d'aucune mesure qui pourrait accélérer le processus de PDN, mais elle est convaincue que des changements permettraient d'atteindre cet objectif sans augmenter les risques pour les patients.

Certaines mesures peuvent être prises pour réduire la charge de travail, y compris de confier aux entreprises la responsabilité de distribuer aux médecins, dans des conditions étroitement contrôlées, un médicament requis de toute urgence une fois que la Direction générale de la protection de la santé en a autorisé la distribution limitée. Les entreprises pourraient, sur avis seulement, être autorisées à ajouter aux Monographies de produit des mentions précisant les contre-indications, les effets secondaires et les précautions, évitant ainsi le fardeau d'une Présentation supplémentaire de drogue nouvelle (PDN/S). Cette modification rendrait également le médicament plus sûr. Les entreprises pourraient être autorisées à modifier les méthodes de fabrication ou à changer de fabricant de la forme posologique finale, à améliorer les caractéristiques du médicament ou à prolonger les dates de péremption, sur avis et sans avoir à soumettre une PDN/S comme c'est le cas présentement. Une cinquantaine de professionnels et de techniciens pourraient être affectés à d'autres tâches si la Direction générale cessait la duplication des mesures de contrôle de la qualité des fabricants de produits biologiques (contrôle qui n'existe pour aucun autre produit pharmaceutique) et s'en remettait aux normes établies et aux inspections. La responsabilité des épreuves exigées par l'organisme de réglementation devrait incomber aux entreprises qui demandent l'approbation de leurs produits.

On peut sans aucun doute apporter des modifications pour diminuer les ressources affectées à des activités de double emploi et des études inutiles.

Voici un exemple de double emploi : l'étude bibliographique qui doit accompagner la demande de licence obligatoire est déjà dans la PDN/AC originale du titulaire de brevet soumise à la Direction générale. Il y a également double emploi quand chaque fabricant d'un même produit générique doit produire sa propre Monographie de produit. La Direction générale de la protection de la santé ferait sans doute un meilleur usage de ses ressources si elle pouvait exiger que les entreprises accompagnent les documents présentés d'un bref résumé et si elle pouvait refuser d'étudier les demandes mal préparées.

La Direction générale de la protection de la santé devrait envisager de cesser l'étude des questions d'éthique dans le domaine des recherches sur les médicaments qui font l'objet de PDN étant donné que des comités d'examen éthiques existent actuellement dans les établissements de recherche et qu'ils ont la responsabilité de ces questions dans le domaine de la recherche. Elle devrait aussi envisager de limiter son rôle dans l'étude des recherches décrites dans la PDN, et se contenter d'indiquer les données qui, selon elle, seront nécessaires dans une éventuelle PDN, comme aux États-Unis, laissant entièrement aux chercheurs cliniques le soin de concevoir leurs recherches.

En modifiant ses méthodes, ses structures ou ses activités, la Direction générale de la protection de la santé pourrait traiter les PDN et les PDN/S dans un laps de temps raisonnable.

La Commission recommande que la Direction de la protection de la santé réorganise ses activités afin d'être en mesure de donner suite aux Présentations de nouveaux médicaments et aux Présentations supplémentaires de nouveaux médicaments dans les 120 jours.

En raison du risque d'effets indésirables d'un médicament à la suite de la mise sur le marché de nouveaux médicaments et de leur distribution à un grand nombre de patients, ***la Commission recommande qu'un règlement permette à la Direction de la protection de la santé d'exiger des fabricants des études de post-commercialisation comme condition de l'octroi de l'autorisation de commercialisation. Cette disposition qui n'existe pas présentement permettrait à la Direction d'exercer un meilleur contrôle sur les nouveaux médicaments et accélérerait peut-être le processus d'autorisation.***

La Commission recommande également l'octroi d'avis de conformité sans révision au Canada, en ce qui concerne les Présentations de nouveaux médicaments et les Présentations supplémentaires pour les produits pharmaceutiques et les appareils médicaux qui n'ont pas reçu cet avis au Canada mais qui l'ont déjà reçu aux États-Unis, et ou en France ou au Royaume-Uni, et ce jusqu'à ce que l'arriéré de présentations ait été absorbé et que les procédures aient été modifiées afin que le délai d'autorisation ne dépasse pas 120 jours.

La Commission est consciente que la productivité apparente des différentes divisions de la Direction générale de protection de la santé varie dans une proportion supérieure à deux pour un en ce qui a trait aux délais d'approbation d'une Présentation pré-clinique de drogue nouvelle et de près de

quatre pour un dans le cas des délais d'approbation d'une Présentation de drogue nouvelle. Ces données peuvent prêter quelque peu à confusion dans la mesure où les pratiques administratives varient d'une division à l'autre, par exemple si certaines divisions exigent une demande distincte pour chaque épreuve d'une série d'épreuves identiques dans différents hôpitaux et que d'autres divisions n'exigent qu'une demande pour toutes ces épreuves. Il est vrai que dans certains domaines de la médecine, il faut plus de temps pour étudier les demandes et rendre des décisions. On aurait davantage confiance dans l'efficacité de l'administration s'il y avait normalisation des procédures d'enregistrement des demandes, si tel n'est pas le cas présentement, et en consolidation des divisions les plus occupées en y mutant du personnel.

La Commission est d'avis que le délai d'approbation des nouveaux médicaments au Canada devrait être réduit. Les nouveaux médicaments salutaires pourraient ainsi être mis plus rapidement sur le marché. La rentabilité de l'industrie s'en ressentirait parce que les nouveaux médicaments sont d'abord vendus à prix plus élevés que ceux qu'ils remplacent. Cette mesure contribuerait probablement à l'augmentation de la recherche clinique au Canada, bien qu'il soit impossible d'en évaluer l'ampleur. Néanmoins, s'il se faisait plus de recherche, il y aurait davantage de possibilités de carrière pour les pharmaciens, les biologistes, les médecins, les statisticiens, les chimistes et d'autres et les universitaires canadiens pourraient davantage appliquer leurs recherches fondamentales plus directement à des problèmes concrets, élargissant ainsi les relations entre les universités et l'industrie.

Utilisation de comités d'experts non gouvernementaux

Au Royaume-Uni et en France, c'est à un comité d'experts formé de pharmacologistes, de chimistes, de médecins et d'autres spécialistes ayant des connaissances particulières sur les produits pharmaceutiques qu'incombe l'approbation finale de la commercialisation de médicaments. Aux États-Unis, des comités consultatifs d'experts participent à l'étude du médicament. Au Canada, par contre, on fait très peu appel à des experts à l'extérieur du gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'approbation des médicaments.

Les comités d'experts n'appartenant pas au gouvernement permettent de puiser à même les connaissances de toutes les personnes les plus compétentes du pays, de donner la parole à des personnes capables d'évaluer l'importance de l'introduction de nouveaux médicaments à partir de leur propre expérience en tant que médecin prescrivant des médicaments à des patients et de prendre du recul face aux pressions politiques les plus immédiates en rendant une décision finale. Quelle que soit la compétence des fonctionnaires, un comité de spécialistes provenant des universités, des hôpitaux, des établissements de recherche et de l'industrie a plus de chance de porter un jugement pondéré sur un médicament en particulier. Par exemple, les praticiens savent par expérience quel avantage peut présenter un meilleur produit et ils peuvent être plus sensibles que les fonctionnaires aux avantages d'introduire un nouveau médicament le plus tôt possible. Par ailleurs, les fonctionnaires se préoccupent à juste titre des effets indésirables qui attirent l'attention du public. Toutefois,

l'opinion publique connaît mal les bienfaits pour la santé qui peuvent être associés à l'introduction de nouveaux médicaments. Ce déséquilibre peut rendre les fonctionnaires excessivement prudents étant donné qu'ils sont l'objet de critiques lorsque des médicaments approuvés produisent des effets indésirables et qu'ils reçoivent très peu de crédits lorsque de nouveaux médicaments efficaces sont approuvés rapidement.

Le Royaume-Uni et la France font appel à des experts n'appartenant pas au gouvernement pour d'autres étapes du processus décisionnel. Aux États-Unis, les décisions finales sont prises par l'État, mais le processus fait beaucoup appel à des comités consultatifs formés d'experts de l'extérieur du gouvernement.

La Commission recommande qu'un comité d'experts, appuyé par le personnel de la Direction de la protection de la santé, soit créé par règlement afin de rendre des jugements définitifs sur la délivrance d'Avis de conformité pour les nouveaux médicaments présentés. La Commission recommande également qu'au cours des diverses étapes du processus de révision, on puisse faire appel à des comités consultatifs réglementaires d'experts non gouvernementaux.

Au Canada, on ne fait appel à des experts de l'extérieur que dans des situations exceptionnelles pour obtenir un avis sur un problème particulièrement épineux, par exemple s'il y a désaccord entre les agents de l'organisme de réglementation. Il y a toutefois des questions scientifiques qui ont des répercussions sur les coûts et sur la recherche, comme la durée appropriée des épreuves de toxicologie sur lesquelles les experts de l'extérieur comme ceux de la Direction générale de la protection de la santé devraient être appelés à se prononcer.

Il importe que la révision exhaustive, exigée et déjà entreprise en partie par la Direction de la protection de la santé afin d'établir les directives et les procédures appropriées, repose sur un consensus scientifique et se fasse dans un esprit ouvert. ***La Commission recommande donc que le ministre de la Santé et du Bien-être crée un comité consultatif d'experts de la Direction de la protection de la santé, des universités, des hôpitaux et de l'industrie (représentant ainsi les nombreux intérêts en cause) qui proposerait les règlements et les directives appropriés pour l'évaluation et l'autorisation de commercialisation des médicaments.***

Approbation des médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été accordées

Pour fabriquer et commercialiser un médicament breveté, les entreprises de produits génériques doivent obtenir une licence obligatoire et une approbation pour les recherches cliniques et un Avis de conformité pour la Présentation de drogue nouvelle.

Le médicament générique renferme le ou les mêmes principes actifs que le médicament breveté. Ayant bien étudié le médicament avant d'approuver le produit original, l'organisme de réglementation n'a qu'à s'assurer que le médicament générique est suffisamment similaire au médicament original quant à la façon dont il est absorbé et traité par l'organisme pour être thérapeutiquement équivalent. Les produits des deux entreprises ne sont pas nécessairement identiques, parce que l'entreprise de produits génériques et le titulaire de brevet peuvent se procurer le principe actif chez des fabricants différents et parce que les excipients peuvent être différents. Si le fabricant de produits génériques peut démontrer que le principe actif qu'il utilise est chimiquement identique à celui qu'utilise le titulaire de brevet, l'organisme de réglementation n'a qu'à vérifier l'équivalence biologique entre le nouveau médicament et l'ancien. L'équivalence n'a pas à être exacte. Il faut porter un jugement médical sur les variations permises, lesquelles sont passablement grandes pour certains médicaments et assez limitées pour d'autres. C'est la Direction générale de la protection de la santé qui porte ce jugement.

Les deux médicaments peuvent être équivalents au plan biologique, sans être identiques surtout parce qu'ils peuvent contenir des différents ingrédients inactifs, comme les colorants, l'enrobage, les excipients et les matières de charge. Or, ces ingrédients peuvent avoir des effets secondaires chez certaines personnes. Ces effets sont possibles autant avec les ingrédients du produit breveté qu'avec ceux du produit générique. Toutefois, les consommateurs devraient être protégés contre l'absorption inconsciente d'un produit auquel ils sont allergiques. Donc tous les médicaments vendus au consommateur devraient être accompagnés d'une liste complète des ingrédients qu'ils renferment.

Une Présentation de drogue nouvelle exige du fabricant qu'il fournisse à la Direction générale un rapport complet sur le médicament, y compris la composition chimique et les résultats des épreuves effectuées sur des animaux et des épreuves cliniques. Les entreprises de produits génériques se limitent aux épreuves pour vérifier la bio-disponibilité (c.-à-d. la vitesse d'absorption des médicaments) et doivent par conséquent s'en remettre à d'autres pour satisfaire à ces exigences. Le brevet donne des renseignements sur la composition du produit et habituellement des indications sur la façon de le fabriquer. La Monographie du produit rédigée par l'entreprise innovatrice et qui accompagne l'Avis de conformité original, donne des renseignements sur d'autres épreuves cliniques et pré-cliniques en plus des renseignements que les chercheurs publient et qui se limitent habituellement à des résultats d'épreuve clinique.

Si l'entreprise de produits génériques ne pouvait pas obtenir les renseignements nécessaires à sa PDN dans la Monographie de l'entreprise titulaire du brevet, dans les publications ou dans les formalités d'approbation d'autres pays, notamment aux États-Unis, comme c'est le cas actuellement, le marché lui serait fermé ou elle devrait effectuer par elle-même des épreuves sur des animaux et des humains. Ces épreuves, très coûteuses, seraient un gaspillage de ressources et équivaudraient à fournir en double les renseignements que l'organisme de réglementation et l'entreprise titulaire du brevet

possèdent déjà. Si l'entreprise de produits génériques était dans l'impossibilité de se procurer ces renseignements, elle serait empêchée de façon totalement artificielle de vendre un produit connu. Si l'objectif de la réglementation est d'empêcher les entreprises de produits génériques de prendre une part du marché d'un produit breveté, il faudrait que les règlements soient explicites à ce sujet, et évitent d'imposer des coûts inutiles.

La Commission recommande de faciliter la disponibilité et l'utilisation de Monographies de produits (qui décrivent les caractéristiques des nouveaux médicaments).

Il faut traiter les Monographies de produits comme des documents publics parce que des produits équivalents devraient avoir la même monographie, par souci de clarté et de sécurité.

Sécurité : distribution des médicaments dans leur emballage original accompagnés des dépliants

Les malades ont souvent une connaissance insuffisante des médicaments qu'ils utilisent et de leurs effets, parce que le médecin, dont le temps est précieux, se limite à des explications et des conseils de vive voix. La communication orale peut être inefficace lorsque la question est complexe et nouvelle. Les malades peuvent ne pas avoir le temps d'assimiler les renseignements et peuvent les oublier par la suite. Ils ne reçoivent généralement pas de renseignements écrits avec les médicaments qui leur sont prescrits; cette situation provient en grande partie de la pratique courante et anachronique de distribuer en vrac les médicaments d'ordonnance aux pharmaciens (au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans quelques autres pays). Les pharmaciens réemballent ensuite les médicaments et y apposent une étiquette lorsqu'ils les vendent au détail. Cette pratique remonte au XIX^{e} siècle, alors que les pharmaciens mélangeaient eux-mêmes les médicaments. De nos jours, les pharmaciens ne mélangent pas les médicaments — opération faite en l'usine — mais ils doivent les réemballer et donner des instructions aux clients. Les renseignements écrits fournis aux clients par ce système sont habituellement fragmentaires. Dans de nombreux cas, le nom générique du médicament n'est même pas inscrit. Il n'y a presque jamais de renseignements sur les effets secondaires, les combinaisons de médicaments à éviter et d'autres données vitales qui sont en principe transmises par le médecin, mais qui peuvent être omises ou mal interprétées.

Dans la plupart des autres pays, les consommateurs ont l'avantage de recevoir les médicaments dans l'emballage original du fabricant qui renferme des dépliants où figurent des instructions et des renseignements beaucoup plus complets que s'ils étaient transmis autrement. Il est évident que bien des malades peuvent ignorer ces renseignements mais ceux qui désirent ou qui doivent les consulter peuvent le faire. Dans son mémoire présenté à la

Commission, l'Association de l'information sur les allergies a souligné l'importance de fournir aux consommateurs une liste complète des excipients que renferme un produit pharmaceutique dans le but d'éviter les réactions allergiques prévisibles à partir de ces renseignements. Il n'est pas normal que les règlements concernant l'emballage des aliments au Canada exigent une liste de tous les ingrédients dans le but de protéger les consommateurs contre d'éventuelles réactions allergiques, alors que les produits pharmaceutiques ne sont pas soumis à de telles exigences.

La distribution des médicaments en vrac est également désuète du point de vue du contrôle de la qualité. Les méthodes modernes de fabrication permettent d'obtenir des produits d'une extrême pureté dans des conditions adéquates d'hygiène ou de stérilité. Ces qualités ne peuvent être préservées que si le produit est emballé de façon à ne pas être trop exposé à l'humidité ou à la lumière et à d'autres médicaments, notamment les antibiotiques, qui peuvent le contaminer. La distribution dans l'emballage original permet aux malades de recevoir un médicament qui n'a pas été altéré en cours de route.

L'autre avantage, c'est que le consommateur reçoit un dépliant qui le renseigne sur la posologie, les indications, les mises en garde, la date d'expiration et d'autres auxquels il a droit s'il est sain d'esprit. Une personne a le droit de connaître les effets que peuvent avoir les médicaments qu'elle prend. En outre, ces renseignements peuvent devenir importants lorsqu'un malade change de médecin ou consulte son médecin à des heures inhabituelles, et ils peuvent être utiles si le malade fréquente un cabinet de groupe. Le produit qui est dans son emballage original peut facilement être identifié et rappelé au besoin. Ce mode de présentation diminue également les risques d'erreurs éventuelles de distribution et les substitutions non autorisées.

La distribution des médicaments dans leur emballage original présente l'inconvénient d'augmenter les coûts de fabrication. Cette augmentation est réelle, mais elle serait plus que compensée par les économies de temps précieux réalisées par les pharmaciens. L'emballage à la machine est plus rapide et plus efficace que l'emballage à la main à quelque niveau de distribution que ce soit.

La distribution dans l'emballage original est faisable et présente des avantages à en juger par les médicaments vendus sans ordonnance, qui sont tous présentés sous cette forme. Les médicaments vendus sans ordonnance représentent environ la moitié des ventes de produits pharmaceutiques.

Lors des audiences de la Commission, l'Association médicale canadienne s'est dite généralement en faveur de la distribution des médicaments dans leur emballage original, mais elle disait craindre que, dans certains cas, les contre-indications figurant sur le dépliant puissent troubler ou effrayer des malades vulnérables et les inciter à ne pas prendre le médicament. Il est évident qu'il faut parer à cette éventualité, et il est facile de le faire en faisant en sorte que le médecin demande au pharmacien d'enlever les dépliants des emballages destinés à certains patients.

L'Association pharmaceutique canadienne a indiqué à la Commission qu'elle encourageait ses membres à inclure des dépliants avec certains médicaments. Ces dépliants, rédigés en collaboration avec la Direction générale de la protection de la santé et l'Association médicale canadienne, sont conçus pour le profane et renferment des renseignements pertinents. L'utilisation de tels dépliants se répand pour les ordonnances exécutées par les pharmaciens, mais le nombre de médicaments d'ordonnances accompagnés de ces dépliants ne représente encore malheureusement qu'une faible proportion du total. Cette initiative démontre que l'Association est en faveur d'une meilleure information aux clients. Le succès mitigé du programme des dépliants laisse entendre que d'autres mesures sont nécessaires.

Le mouvement d'appui à la distribution des médicaments dans leur emballage original prend de l'ampleur dans les quelques pays où ce mode de distribution n'est pas encore utilisé. Par exemple, le Conseil de la *Pharmaceutical Society of Great Britain* a accepté à la fin de 1984 la recommandation d'un comité en faveur de la distribution des médicaments dans leur emballage original et l'*Association of British Pharmaceutical Industries* appuie le même objectif.

La Commission recommande que des mesures soient prises afin de s'assurer que les produits pharmaceutiques soient vendus au détail aux consommateurs dans l'emballage original du fabricant et que des renseignements complets sur le produit soient fournis d'une façon claire et intelligible pour le profane. On devrait fournir des indications comme le mode d'emploi, la posologie, un avertissement au sujet des effets secondaires, une liste complète du contenu et d'autres renseignements pertinents. Il faudrait que les médecins puissent demander aux pharmaciens de ne pas divulguer ces renseignements à certains malades.

Chapitre 10

Marché de détail des produits pharmaceutiques

Les ventes aux hôpitaux représentent environ 20 pour cent de la valeur totale des ventes de produits pharmaceutiques. Le reste est vendu en pharmacie.

Les politiques et les programmes provinciaux régissant les prix des médicaments, l'interchangeabilité des médicaments et la mesure dans laquelle les pharmaciens choisissent des médicaments peu coûteux sont tous des facteurs qui ont un effet prononcé, parfois déterminant, sur les prix de détail des médicaments. Souvent, ces règles seront établies ou appliquées différemment suivant que les médicaments sont payés par les consommateurs, couverts pour la plupart par un régime privé d'assurance-médicaments, ou par la province.

Les politiques provinciales varient, mais en général, elles ne comportent pas de mesures visant à sensibiliser davantage les consommateurs aux différences de prix, de manière à accroître la concurrence et à faire baisser le prix des produits.

L'octroi obligatoire de licences pour l'importation et la fabrication de produits pharmaceutiques, en vertu de l'alinéa 41(4) de la *Loi sur les brevets* du Canada, a permis aux fabricants de produits génériques d'offrir à bas prix des produits pharmaceutiques brevetés. Le prix moyen des médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées et vendus aussi bien par les détenteurs de brevets que par les fabricants de produits génériques, correspond à environ 54 pour cent du prix américain pour les mêmes médicaments, tandis que le prix des médicaments pour lesquels des licences obligatoires n'ont pas été attribuées se situe à 80 pour cent du prix américain.

Les ventes par les fabricants de produits génériques de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées sont le résultat des politiques provinciales influant sur le marché du détail des produits pharmaceutiques tout autant que des dispositions de la *Loi sur les brevets*. En 1983, la part du marché des titulaires de licences pour les 32 médicaments, pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées, distribués aussi bien par les détenteurs de brevets que par les fabricants de produits génériques, était de 22 pour cent en valeur et de 36 pour cent en volume. Comme ces médicaments représentaient 13,6 pour cent de toutes les ventes de produits pharmaceutiques

d'ordonnance, les ventes par les titulaires de licences de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées se situaient à 3 pour cent de toutes les ventes de médicaments. Les fabricants de produits génériques ont également vendu des médicaments non visés par des licences obligatoires, de sorte que leur part du marché total était d'environ 8 pour cent.

Les provinces établissent, dans les champs de compétences qui leurs sont propres les politiques régissant le fonctionnement des marchés de détail. C'est ainsi que des règles sont fixées pour les produits pharmaceutiques dont le coût est remboursé par la province, de même que pour ceux qui sont remboursés par des régimes privés d'assurance à tiers payant, ou qui sont payés par le consommateur lui-même.

Les gouvernements provinciaux remboursent environ 43 pour cent de la valeur des médicaments vendus en pharmacie en vertu de programmes qui varient énormément d'une province à l'autre. La Saskatchewan, par exemple, rembourse une partie du prix des médicaments à tous les citoyens. L'Ontario et le Québec assument le coût des produits pharmaceutiques pour les personnes de plus de 65 ans et les assistés sociaux. Bien que ce groupe ne représente qu'environ 14 pour cent de la population ontarienne, le nombre moyen d'ordonnances par année par personne est de 19,2, contre 4,3 pour le reste de la population de la province; voilà pourquoi la proportion des achats de médicaments qui sont remboursés par la province en Ontario se situe à 45 pour cent. Les régimes privés d'assurance couvrent eux aussi environ 45 pour cent des ventes de médicaments; les 10 pour cent qui restent représentent des médicaments payés par les personnes qui ne bénéficient pas de remboursements. Ce groupe constitue environ 15 pour cent de la population totale.

L'octroi de licences obligatoires, a entraîné une baisse du prix des médicaments et procuré des économies aux consommateurs et aux contribuables. Il faut toutefois se demander si les politiques adoptées ont permis de réaliser toutes les économies potentielles. Les politiques provinciales permettent de réaliser certaines économies dans la mesure où elles favorisent le remplacement de marques coûteuses par des marques moins coûteuses du même médicament. Cela résulte de la reconnaissance officielle de l'interchangeabilité de médicaments et de l'établissement de règles qui encouragent la substitution ou la rendent obligatoire. Le niveau des économies réalisées dépend également de la mesure dans laquelle les prix qui sont remboursés par l'État sont ceux que les pharmaciens doivent réellement payer pour les médicaments.

Substitution et sélection des médicaments

Le tableau 10.1 résume les lois provinciales régissant la sélection des médicaments, tant pour les produits qui sont remboursés par la province que pour les autres. Toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, ont légiféré en matière de sélection des produits; un élément commun à toutes ces lois permet aux médecins d'interdire le remplacement de la marque qu'ils

prescrivent par une autre marque. Outre cet élément, il y a peu d'uniformité d'une province à l'autre. La plupart des provinces publient une pharmacopée qui indique les médicaments qui sont interchangeables, mais l'Alberta et la Colombie-Britannique font exception. (Il est notoire qu'en Colombie-Britannique à tout le moins, les pharmaciens se servent souvent de la pharmacopée de l'Ontario pour établir l'interchangeabilité, décision dont ils assument la responsabilité.) Les pharmaciens et les médecins de certaines provinces qui substituent un produit à un autre se voient accorder une protection quant à la responsabilité juridique de leur action. Dans la plupart des provinces, les pharmacopées indiquent des prix qui sont obligatoires seulement pour les médicaments dont le prix est remboursé par le gouvernement. Dans la majorité des provinces, le pharmacien qui délivre un autre médicament que celui qui est prescrit est tenu de choisir une marque à prix égal ou inférieur.

Dans la plupart des provinces, les règles de substitution pour les médicaments remboursés par la province sont plus strictes dans la plupart des provinces que celles qui visent d'autres achats. En Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan, tous les citoyens bénéficient du remboursement des médicaments, dont ils doivent payer cependant une partie du prix. Seule la Saskatchewan impose une règle de sélection obligatoire qui oblige le pharmacien à délivrer une marque particulière de médicament à grand volume disponible auprès de plusieurs sources à un prix déterminé, sauf si le médecin en interdit expressément toute substitution. Pour les autres médicaments, le montant remboursé correspond au coût réel d'acquisition du produit par le pharmacien. Dans d'autres provinces, la sélection des produits est plus libérale. Les pharmaciens peuvent interchanger les médicaments à leur discrétion en Alberta, en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse. Ils ont la même liberté en Ontario, à Terre-Neuve et au Manitoba, mais ils doivent alors demander le prix le plus bas de la pharmacopée; au Québec, ils exigent en général le prix médian sauf pour six médicaments à grand volume. On peut parler ici d'une règle de sélection obligatoire du prix ou de coût maximum autorisé. Les tableaux 10.2 et 10.3 présentent les grandes lignes de ces politiques de remboursement des provinces.

Dans le but d'évaluer dans quelle mesure sont réalisées les économies potentielles associées à l'octroi obligatoire de licences, la Commission a étudié les programmes de remboursement provinciaux à l'égard d'un échantillon de sept grands produits pharmaceutiques, dans toutes les provinces sauf l'Alberta et le Manitoba, pour lesquelles on ne disposait pas de données suffisantes. Les médicaments de l'échantillon sont les suivants : indométhacine, flurazépam, naproxen, propranolol, méthyldopa, cimétidine et allopurinol.

On a voulu déterminer dans quelle mesure l'inscription d'un produit comme médicament interchangeable dans une pharmacopée se répercutait sur la proportion du marché détenu par les fabricants de produits génériques détenteurs de licences obligatoires. À cette fin, il a fallu comparer des provinces imposant des règles de sélection semblables, mais ayant des listes de produits comportant certaines différences. Le tableau 10.4 présente une

Tableau 10.1

Lois provinciales sur la sélection des produits : sommaire, 1983

Province	Année d'introduction de la *Loi sur la sélection des produits*	Sélection libre ou obligatoire[a]	Règles de sélection[b]	Détermination du coût	Détermination de l'interchangeabilité	Protection légale des pharmaciens et des médecins
Alberta	1962	Libre	Aucune[c]	Aucune	Pharmacien; pas de pharmacopée	Aucune
Columbia-Britannique	1974	Aucune	Prix égal ou inférieur à celui de la marque prescrite[d]	Aucune	Pharmacien; pas de pharmacopée	Aucune
Manitoba	1974	Libre	Marque la moins chère[e]	Pharmacopée[e]	Pharmacopée	Pas de responsabilité légale
Nouveau-Brunswick	1975	Libre	Prix égal ou inférieur à celui de la marque prescrite[f]	Prix habituel du pharmacien[f]	Pharmacopée	Pas de responsabilité légale
Terre-Neuve	1979	Libre	Marque la moins chère[g]	Pharmacopée	Pharmacopée	Pas de responsabilité légale
Nouvelle-Écosse	1983	Libre	Prix égal ou inférieur à celui de la marque prescrite[h]	Non précisé	Pharmacopée	Aucune
Ontario	1972	Libre	Marque de prix inférieur à celle prescrite[i]	Marque la moins chère dans le stock du pharmacien[i]	Pharmacopée	Pas de responsabilité légale
Île-du-Prince-Édouard	Pas de loi sur la sélection des produits[m]					
Québec	1974	Libre	Aucune[j]	Aucune	Pharmacopée[l]	Aucune
Saskatchewan	1971	Libre	Aucune[k]	Aucune	Pharmacien (1971-1974); pharmacopée (depuis 1975)	Pas de responsabilité civile

Notes :

[a] Dans toutes les provinces, la sélection des produits n'est *pas* permise lorsque l'ordonnance du médecin porte la mention «pas de substitution» ou, dans le cas l'Alberta, «pas d'équivalent». Dans certains cas, la loi exige que la mention «pas de substitution» soit écrite de la main du médecin. Cette disposition vise à empêcher la distribution par certaines sociétés pharmaceutiques de formules d'ordonnace portant la mention «pas de substitution» imprimée à l'avance. Autrement dit, le médecin lui-même doit interdire la sélection.

[b] Les mentions de cette colonne sont explicitées dans les notes ci-dessous. Le texte français des citations est une traduction libre.

[c] «Lorsqu'une ordonnance mentionne un médicament . . . sous un nom de marque (le pharmacien) . . . *peut* délivrer un médicament . . . d'une dénomination générique ou d'une marque équivalente à celle mentionnée sur l'ordonnance . . »

[d] «. . . un pharmacien *peut* délivrer un produit pharmaceutique interchangeable lorsque le prix demandé à l'acheteur est supérieur au prix du médicament prescrit.»

[e] «Toute personne qui délivre un médicament sur ordonnance . . . *doit* . . . délivrer un produit pharmaceutique interchangeable autre que celui prescrit . . . (s'il est) d'un prix inférieur au médicament prescrit.» Il est en outre précisé ce qui suit : «Personne ne doit sciemment fournir un produit pharmaceutique interchangeable . . . à un prix supérieur à celui du produit pharmaceutique interchangeable le moins cher . . . dans la (*pharmacopée*).» Par conséquent, le pharmacien, qu'il choisisse ou non un produit interchangeable, ne peut demander un prix supérieur à celui du produit pharmaceutique interchangeable le moins cher dans la pharmacopée.

[f] Jusqu'au 29 juin 1983, la loi mentionnait ce qui suit : «Toute personne qui délivre un médicament d'ordonnance *peut* . . . délivrer un produit pharmaceutique interchangeable autre que le produit prescrit, pourvu (qu'il) . . . soit moins cher que le médicament prescrit.» Il était en outre précisé ce qui suit : «Personne ne doit sciemment fournir un produit pharmaceutique interchangeable . . . à un prix supérieur à celui du produit pharmaceutique interchangeable le moins cher se trouvant en *stock* . . .» Par conséquent, une fois que le pharmacien a décidé de faire une sélection, peu importe quelle marque il délivre, c'est la marque la moins chère du stock du pharmacien qui détermine le prix maximum à réclamer. Le 30 juin 1983, une nouvelle loi sur les pharmacies est entrée en vigueur. Elle est ainsi libellée en ce qui a trait à la sélection des produits : «Toute personne qui délivre un médicament sur ordonnance *peut* . . . choisir et délivrer un produit pharmaceutique interchangeable autre que le produit prescrit, pourvu (qu'il) . . . soit inscrit comme produit interchangeable dans la pharmacopée du Nouveau-Brunswick.» Cette disposition a été étoffée par un règlement afférent à la loi, précisant ce qui suit : «Un pharmacien autorisé . . . ne doit pas vendre un produit pharmaceutique interchangeable . . . à un prix total supérieur au prix habituel et courant de la pharmacie, que ce soit pour le produit prescrit ou le produit délivré.» La mention du tableau fait référence aux règles visant la seconde moitié de 1983.

[g] «. . . (le pharmacien) *doit* délivrer un médicament substitut autre que le médicament expressément prescrit lorsque le médicament substitué est moins cher que le médicament prescrit . . . ou, s'il ne dispose pas du médicament le moins cher, délivrer un autre médicament inscrit dans la pharmacopée comme substitut du médicament prescrit, au prix du substitut le moins cher dans la pharmacopée . . .»

[h] «Toute personne qui délivre un médicament sur ordonnance *peut* . . . choisir et délivrer un produit pharmaceutique interchangeable autre que le produit prescrit . . .»

[i] Le libellé est le même que celui du Nouveau-Brunswick avant le 30 juin 1983. Voir la note f ci-dessus.

[k] «. . . le pharmacien qui s'apprête à délivrer un médicament conformément à l'ordonnance *peut* choisir et délivrer un produit pharmaceutique interchangeable autre que celui prescrit.»

[l] Comme on le souligne dans le texte, la pharmacopée du Québec ne mentionne que les médicaments de qualité acceptable. Apparemment, parce que le gouvernement du Québec a supprimé un nombre appréciable de médicaments de la pharmacopée au début des années 1980, la loi actuelle ne fait pas mention de la pharmacopée, mais cette dernière demeure néanmoins largement utilisée pour les produits qu'elle contient.

[m] Une loi a été adoptée en janvier 1984, mais elle n'a pas encore été appliquée parce qu'aucune liste de produits interchangeables n'a été publiée jusqu'ici ni n'est prévue pour un proche avenir.

Source : Paul K. Gorecki, *Compulsory Patent Licensing of Drugs in Canada : Have the Full Price Benefits Been Realized?*, étude non publiée, 30 janvier 1985

Tableau 10.2

Bénéficiaires des programmes provinciaux de remboursement du coût des médicaments : sommaire, 1983

Provinces	Pourcentage de la population visée[a] (% de la facture totale des médicaments)[b]	Catégorie de la population visée et fraction du prix payée par le patient[c]	Année d'introduction du programme initial et de son élargissement à la protection actuelle
Alberta	21 (n.d.)	Assistés sociaux, rien; plus de 65 ans, 20 pour cent du montant de l'ordonnance; personnes non couvertes par un régime privé à tiers payant ou ne faisant partie d'aucune des deux catégories ci-dessus, 15 $ plus 20 pour cent du coût des ordonnances au-delà de cette somme dans une année	Au moins depuis les années 1950; protection actuelle depuis 1973
Colombie-Britanique	100 (45)	Assistés sociaux et personnes de plus de 65 ans, rien; autres, 175 $ plus 20 pour cent de la somme excédentaire pour toute année civile, par personne ou unité familiale	1974; protection étendue aux «autres» en 1977
Manitoba	100 (n.d.)	Assistés sociaux, rien; plus de 65 ans, 50 $ plus 20 pour cent de la somme excédentaire pour toute année civile par unité familiale; moins de 65 ans, 75 $ plus 20 pour cent de la somme excédentaire pour toute année civile par unité familiale	Années 1950; protection actuelle depuis 1975
Nouveau-Brunswick	21 (n.d.)	Assistés sociaux de moins de 18 ans, 1 $ par ordonnance; assistés sociaux de plus de 18 ans, 2 $ par ordonnance; plus de 65 ans, 3 $ par ordonnance jusqu'à un maximum 30 $ par année; patients des maisons de repos, rien	Date inconnue; protection actuelle depuis 1976
Terre-Neuve	22 (n.d.)	Assistés sociaux, rien; personnes de plus de 65 ans bénéficiaires du supplément de revenu garanti, les honoraires professionnels	Années 1960; protection actuelle depuis le début des années 1970

Nouvelle-Écosse	13 (n.d.)	Assistés sociaux et personnes de plus de 65 ans, rien	Date inconnue; protection actuelle depuis 1976
Ontario	14 (45)	Assistés sociaux, personnes de plus de 65 ans, personnes visées par les services de soins prolongés et de soins à domicile en vertu de la Loi sur les prestations familiales, rien	1974; protection actuelle depuis 1976
Île-du-Prince-Édouard	11 (n.d.)	Assistés sociaux, personnes atteintes de certaines maladies, rien	Date inconnue; protection actuelle au moins depuis le début des années 1970
Québec	19 (45)	Assistés sociaux, personne de plus de 65 ans, rien	1972; protection actuelle depuis 1977
Saskatchewan	100 (100)	Certains assistés sociaux et prestataires spéciaux, rien; tous les autres (y compris les personnes de plus de 65 ans), paiement par ordonnance jusqu'à un maximum de 3,75 $ jusqu'à nov., puis 3,95 $ en déc.	1948; protection actuelle depuis 1975
Canada	33 (43)	—	—

[a] La proportion est exprimée en fonction de la population totale admissible, et pas nécessairement de ceux qui se sont prévalus du régime. En Saskatchewan, par exemple, la population totale admissible était de 955 651 personnes en 1982-1983, mais le nombre de bénéficiaires n'était que de 661 151.

[b] Proportion de la facture totale de médicaments de la province, au niveau des ventes au détail (c.-à-d. à l'exclusion des hôpitaux), assumée par le programme provincial de remboursement des médicaments. Les valeurs sont souvent estimatives et sont parfois exprimées en pourcentage des ordonnances remplies. Les données sont celles de 1983 ou de l'année la plus proche.

[c] Souvent appelé co-paiement. La liste des catégories de personnes n'est pas exhaustive; seuls les groupes principaux sont mentionnés. Par exemple, la Nouvelle-Écosse offre un programme d'assistance-médicaments pour les personnes atteintes de diabète insipide.

Note: On entend par programme de remboursement du coût des médicaments un régime en vertu duquel le gouvernement assume en entier ou en partie le coût des médicaments d'une ou de plusieurs catégories de la population

Source : Paul K. Gorecki, *Compulsory Patent Licensing of Drugs in Canada : Have the Full Price Benefits Been Realized?*, étude non publiée, 30 janvier 1985

Tableau 10.3

Établissement du prix des médicaments selon les programmes de remboursement provinciaux : sommaire, 1983[a]

Provinces	Définition du coût aux fins du remboursement	Pharmacopée (date d'introduction)[b]	Maximum par ordonnance	Sélection des produits
Alberta	Coût du grossiste plus 25 pour cent	Aucune	34 jours, (quelques exceptions, jusqu'à 100 jours)	Libre
Colombie-Britannique	Coût réel pour la pharmacie[b]	Aucun	100 jours	Libre
Manitoba	Médicaments inscrits dans la pharmacopée : prix basé sur le format le plus couramment acheté par le pharmacien; autres médicaments : prix basé sur le plus petit format disponible	Pharmacopée limitée aux médicaments à grand volume, accessibles à plusieurs sources (janv. 1974)	Aucun	Libre (sélection obligatoire du prix)[c]
Nouveau-Brunswick	Coût du plus petit format, habituellement 100[d]	Pharmacopée limitée aux médicaments à grand volume, accessible à plusieurs sources (janv. 1977)	100 jours	Libre
Terre-Neuve	Coût du plus petit format disponible, sauf pour quelques médicaments à grand volume accessibles à plusieurs sources, lorsque les formats sont plus grands	Pharmacopée limitée aux médicaments à grand volume, accessibles à plusieurs sourcers (mai 1981)	Aucun, mais en pratique, 34 jours ou 120 doses, selon la première éventualité	Libre (sélection obligatoire du prix)[c]
Nouvelle-Écosse	Coût du format le plus petit; coût basé sur des formats plus gros pour certains médicaments à grand volume	Pharmacopée (janv. 1981)	34 jours, mais jusqu'à 100 jours sur autorisation du médecin	Libre
Ontario	Coût pour le pharmacien du format le plus petit (100), sauf pour quelques médicaments à grand volume, lorsque les formats sont plus gros (1 000)[d]	Pharmacopée (oct. 1970)	Normalement un mois, jamais plus de six mois	Libre (sélection obligatoire du prix)[c]
Île-du-Prince-Édouard	Coût d'acquisition réel pour le centre de distribution provincial[e]	Aucun (s.o.)	60 jours	Libre[c]

Québec	Coût du format le plus courant acheté par le pharmacien[f]	Pharmacopée (juillet 1972)	Aucun	Libre (sélection obligatoire du prix)[c]
Saskatchewan	Programme d'appels d'offres du gouvernement provincial pour les médicaments à grand volume (*Standing Offer Contracts*); pour les autres médicaments, coût de remplacement habituel du pharmacien[g]	Pharmacopée (janv. 1975)	Six mois[h]	Obligatoire pour les médicaments visés par les *Standing Offer Contracts*, et libre pour les autres (sélection obligatoire du prix dans les deux cas)[g]

[a] La plupart des programmes de remboursement provinciaux appliquent les mêmes règles au remboursement des pharmaciens au moins depuis le milieu des années 1970. Dans certains cas, des changements relativement importants sont survenus dans l'intervalle. Par exemple, ce n'est qu'en 1979 que l'Ontario a commencé à établir le coût des médicaments à grand volume d'après des formats plus gros, tandis que le Québec a adopté la règle de sélection obligatoire du prix en janvier 1982.

[b] Le gouvernement de la C.-B. examine le coût d'acquisition réel moyen dans une région ou une ville donnée et demande à voir les factures si le remboursement réclamé par la pharmacie est supérieur au prix moyen local. Il n'existe qu'un petit nombre de grossistes en C.-B. et les prix qu'ils demandent aux pharmaciens sont également surveillés par le gouvernement.

[c] Voir le texte pour une explication de ce terme.

[d] Coûts pour le pharmacie correspondant aux prix des grossistes, à moins que les données ne démontrent que 50 pour cent des ventes des fabricants pour ces produits en Ontario se font directement, auquel cas on considère le prix de cette vente directe.

[e] À l'Île-du-Prince-Édouard, le gouvernement provincial a établi un centre de distribution à partir duquel les médicaments sont délivrés aux personnes des catégories admissibles, indiquées au tableau 10.3 qui précède. Le centre peut ainsi se procurer des médicaments moins chers auprès des titulaires de licences. En ce sens, la sélection des produits est libre.

[f] Pour un médicament donné, le Québec classe les pharmacies de la province suivant une échelle de «élevé» à «faible» en fonction du nombre (par exemple) de comprimés délivrés au cours d'une période de six mois en vertu du régime de remboursement du Québec; on choisit la pharmacie médiane et on estime ses ventes mensuelles moyennes du médicament; en supposant par exemple que le rapport entre les ventes réalisées hors du cadre du régime et les ventes faites en vertu du régime soit de 3 à 1, on multiplie les ventes mensuelles moyennes par trois pour obtenir la quantité d'un médicament normalement achetée par *tous* les clients d'une pharmacie; on choisit ensuite le format (100, 500, 1000, etc.) le plus proche de cette valeur des ventes mensuelles moyennes, afin de déterminer le format pour lequel le gouvernement fera ses remboursements et indiquera un prix dans la pharmacopée. Pour quelques médicaments à grand volume, offerts par plusieurs fabricants, la pharmacopée ne donne qu'un prix pour toutes les marques du médicament (depuis juillet 1983). Toutefois, si le pharmacien se procure le médicament à meilleur prix, le remboursement de la province sera en fonction du prix inférieur. S'il y a deux marques ou moins, le calcul de la médiane ne s'applique pas et la province paie pour la marque délivrée en fonction du prix de la pharmacopée.

[g] Pour les médicaments non visés par les SOC, les fabricants fournissent une liste de prix fermes pendant une période de six mois. Pour tous les médicaments, les pharmaciens doivent réclamer le coût d'acquisition jusqu'à concurrence du prix indiqué dans la pharmacopée. Bien que le prix de la pharmacopée pour des produits à faible volume puisse être basé sur de petits formats, les pharmaciens qui achètent ces produits dans de plus gros formats, à moindre prix, sont remboursés en fonction du coût d'acquisition réel. Une proportion de 11 pour cent est incluse à titre de marge bénéficiaire sur les ventse en gros dans les prix publiés dans la pharmacopée de la province, pour *tous* les médicaments.

[h] Pour la plupart des médicaments, le pharmacien ne touche qu'une fois les honoraires professionnels pour chaque période de 34 jours de délivrance de médicaments. Un pharmacien n'a droit de toucher les honoraires professionnels qu'une fois par période de 100 jours pour certains médicaments de régulation (thyroïde, digoxine, anticonvulsivants, hypoglycémiants oraux) et une fois les honoraires professionnels pour chaque période d'approvisionnement de deux mois de contraceptifs oraux.

[i] Il convient de souligner qu'une pharmacopée est parfois introduite avant qu'on légifère sur la sélection des produits. Le but visé est alors de renseigner les pharmaciens et les médecins afin d'influer sur leurs habitudes de prescription et de délivrance de médicaments. La Loi sur la sélection des produits vient ensuite, comme cela s'est passé en Ontario.

[j] Certains fabricants vendent directement aux pharmaciens; d'autres passent par un grossiste, à qui ils permettent d'introduire une marge bénéficiaire de 20 pour cent dans le prix qu'ils demandent aux pharmaciens.

Source : Paul K. Gorecki, *Compulsory Patent Licencing of Drugs in Canada : Have the Full Price Benefits Been Realized?*, étude non publiée, 30 janvier 1985

Tableau 10.4

Importance d'une pharmacopée comportant des normes d'établissement des prix et des produits différents pour sept médicaments vendus par plusieurs fabricants et interchangeable d'une province à l'autre, 1983

Échantillon de médicaments	Part de marché moyenne des titulaires de licence[c]		
	Terre-Neuve		Saskatchewan
Indiqués dans la pharmacopée de Terre-Neuve en 1983[a] comme			
Non interchangeables(3)	9,7	Interchangeable	59,2
Interchangeables (4)	76,0		57,2
	Nouveau-Brunswick		Nouvelle-Écosse
Indiqués dans la pharmacopée du Nouveau-Brunswick en 1983[b] comme			
Non interchangeables (4)	3,2	Interchangeable	13,9
Interchangeables (3)	5,1		5,8

[a] Tous ces médicaments figuraient dans la pharmacopée de la Saskatchewan comme interchangeables. Le nombre de médicaments dans chaque catégorie est entre parenthèses. Les données pour Terre-Neuve se rapportent à la période de six mois prenant fin le 30 septembre 1983, et celles pour la Saskatchewan, à la période octobre-décembre 1983.

[b] Tous ces médicaments figuraient dans la pharmacopée de la Nouvelle-Écosse comme interchangeables. Le nombre de médicaments dans chaque catégorie est entre parenthèses. Les données pour le Nouveau-Brunswick se rapportent à la période du 28 septembre 1983 au 23 mars 1984, et celles pour la Nouvelle-Écosse, à la période octobre-décembre 1983.

[c] Quantitative (c.-à-d., nombre de comprimés ou de capsules)

Source : Diverses pharmacopées provinciales et données fournies par les administrations des régimes provinciaux d'assurance-médicaments du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse et de la Saskatchewan.

comparaison entre Terre-Neuve et la Saskatchewan, deux provinces ayant des règles strictes de sélection. Dans le cas des produits inscrits comme interchangeables en Saskatchewan, mais non à Terre-Neuve, la proportion des ventes réalisées par les titulaires de licences s'établissait à 59,2 pour cent en Saskatchewan et à seulement 9,7 pour cent à Terre-Neuve. Dans le cas des produits inscrits comme interchangeables dans les deux provinces, la part du marché détenu par les titulaires de licences était de 57,2 pour cent en Saskatchewan et de 76 pour cent à Terre-Neuve. On trouve également au tableau 10.4 une comparaison entre la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick, où les règles de sélection sont libérales. La part du marché des titulaires de licences est faible dans les deux provinces, mais elle est plus élevée pour les médicaments inscrits comme interchangeables en Nouvelle-Écosse, mais non au Nouveau-Brunswick. Pour les médicaments interchangeables dans

les deux provinces, les proportions sont analogues, se situant respectivement à 5,8 et à 5,1 pour cent. Bref, l'inscription de médicaments comme produits interchangeables dans une pharmacopée est visiblement un facteur important d'encouragement à la substitution.

Les différences observées d'une part entre Terre-Neuve et la Saskatchewan et d'autre part entre le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse pour ce qui est de la part du marché détenue par les titulaires de licences, révèlent que la nature des règles de sélection influe également sur le degré de substitution.

Le tableau 10.5 donne les grandes lignes des règles de sélection pour les produits et les prix, et le tableau 10.6 indique la proportion du marché détenue par les titulaires de licences dans les diverses provinces. Ces proportions résultent de l'effet combiné de l'inscription des médicaments et des règles de sélection. La proportion est relativement faible en Colombie-Britannique, sans doute parce que la politique de substitution y est tout à fait libérale. On observe en Saskatchewan une part du marché étonnamment faible pour les titulaires de licences, compte tenu des règles de substitution obligatoire qui favorisent les médicaments achetés en vrac en vertu d'un appel d'offres, dans le cadre du programme SOC (*Standing Offer Contract*). L'explication réside

Tableau 10.5

Normes de sélection des prix et des produits en vertu de programmes provinciaux choisis[a] de remboursement de médicaments, 1983

Sélection du prix	Sélection des produits	
	Libre	Obligatoire
Aucune	A la discrétion du pharmacien : Colombie-Britannique, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse	—
Obligatoire	Prix maximum fixé, peu importe la marque fournie : Ontario et Terre-Neuve (prix maximum = le plus bas); Québec[c] (prix maximum = prix moyen)	Doit fournir une marque donnée, à un prix donné : [b] Saskatchewan

[a] L'Alberta (qui serait dans la même catégorie que la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse) et le Manitoba (qui serait dans la même catégorie que l'Ontario et Terre-Neuve) sont exclues.

[b] Exigence pour les médicaments en vertu du système d'appel d'offres (*Standing Offer Contract*). Tous les médicaments provenant de plusieurs sources sont soumis à cette exigence.

[c] Pour : cimetidine, comprimés de 300 mg; naproxen, comprimés de 250 mg; et propranolol, comprimés de 40 mg. Le Québec a fixé un maximum remboursable unique, peu importe la marque, pour la période juillet à décembre 1983 et pour toute l'année 1984. Toutefois, si le pharmacien s'est approvisionné à meilleur compte, la province rembourse au prix payé. Dans le cas des comprimés d'indomethacin 25 mg, le prix moyen ne s'applique pas, car il n'y a que deux sources d'approvisionnement au Québec. La province rembourse le prix de la marque fournie.

Source : Diverses pharmacopées provinciales

Tableau 10.6

Part de marché moyenne des titulaires de licences : formes et forces choisies, marché des régimes de remboursement de médicaments pour diverses provinces, 1983[a]

Province et période visée par la part de marché	Part de marché moyenne des titulaires de licences [b] (déviation standard)	
	En unités de production (quantité) [c]	Ventes
Colombie-Britannique (1983)	30,58 (9,39)	19,89 (6,76)
Saskatchewan (oct. à dec. 1983)	58,01 (6,11)	36,42 (9,46)
Ontario (1983)	83,34 (n.a.)	77,40 (n.a.)
Québec (1983 et janv. à juin 1984)	54,71 (n.a.)	47,17 (n.a.)
Nouveau-Brunwisk (28 sept. 1983 au 23 mars 1984)	4,00 (3,17)	3,73 (3,08)
Nouvelle-Écosse (oct. à dec. 1983)	10,44 (6,20)	8,26 (4,91)
Terre-Neuve (avril à sept. 1983)	47,59 (35,81)	43,65 (34,29)

[a] Indomethacin, flurazepam, naproxen, propranolol, cimetidine et allopurinol

[b] Les régimes de remboursement de médicaments ont tous fournis des données sur part de marché, sauf le Québec et l'Ontario. Ces dernières ont fourni à la Commission des moyennes correspondant exactement aux sept médicaments. Certains ajustements ont donc été apportés pour obtenir les pourcentages applicables à ces provinces (probablement exacts à quelques points de pourcentage près).

[c] Habituellement, nombre de comprimés ou de capsules. Dans certains cas, ordonnances

Source : Régimes de remboursement de médicaments de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de Terre-Neuve

dans la proportion élevée des prescriptions des médecins portant la mention «pas de substitution». Selon des estimations établies par les responsables du *Saskatchewan Prescription Drug Plan*, cette pratique a eu pour effet d'accroître la facture totale des médicaments de 4,4 millions de dollars en 1983-1984, soit d'environ 10 pour cent. La proportion des prescriptions interdisant la substitution atteint presque 40 pour cent dans cette province, comparativement à probablement moins de 3 pour cent dans les autres provinces. En Ontario, les quatre cinquièmes du marché des médicaments remboursés par la province appartiennent aux titulaires de licences, à cause de la sélection obligatoire des prix. Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, les règles de substitution sont peu strictes et la proportion est faible.

Dans le cas de Terre-Neuve, la proportion figurant au tableau s'explique par le fait qu'en dépit de critères de sélection stricts, le programme est récent et que de nombreux médicaments n'étaient pas encore inscrits en 1983. Au Québec, la part du marché des titulaires de licences s'est accrue rapidement grâce aux critères de plus en plus stricts de sélection des prix et des produits appliqués en 1982 et 1983.

Quant aux hôpitaux, dans la mesure où ils ont recours aux appels d'offre, ils bénéficient de bas prix et les titulaires de licences détiennent une part substantielle de leur marché. Dans le cas d'un groupe important d'hôpitaux examiné par la Commission, pour lesquels les approvisionnements sont faits en commun, des contrats ont été conclus avec des titulaires de licences pour l'achat des sept médicaments mentionnés ci-dessus en 1983-1984 et en 1984-1985.

Coût d'acquisition et de remboursement

Le troisième facteur qui détermine si la politique d'octroi de licences obligatoires permet le maximum d'économies dans le marché des médicaments remboursés par l'État est le lien entre le prix remboursé par la province et le coût réel du médicament pour le pharmacien. Dans toutes les provinces, le montant remboursé aux pharmaciens pour les médicaments d'ordonnance comprend deux parties. La première, c'est le coût du médicament. En principe, il s'agit du prix demandé au pharmacien par le grossiste ou le fabricant du produit. La deuxième partie est un montant uniforme versé au pharmacien au titre des honoraires professionnels. En versant un tel montant uniforme, on évite que le pharmacien ait la tentation de délivrer des médicaments d'un prix trop élevé, comme ce pourrait être le cas si son revenu était établi d'après une marge sur le coût d'achat.

En Colombie-Britannique, c'est le coût du médicament à son prix d'acquisition réel qui est remboursé au pharmacien. De même, en Saskatchewan, le prix remboursé est le prix accepté par le gouvernement de la Saskatchewan en vertu de son système d'appel d'offres (*Standing Offer Contracts*), et le coût d'acquisition dans le cas des médicaments qui ne sont pas visés par ces contrats. Dans d'autres provinces, comme en Ontario et au Québec, les remboursements sont égaux aux prix indiqués dans la pharmacopée, lesquels font l'objet de négociations périodiques entre les fabricants et les autorités provinciales. Les provinces qui imposent des listes de prix n'ignorent pas que les fabricants se livrent à une forme de concurrence en obtenant que soient inscrits des prix relativement élevés pour leurs produits dans la pharmacopée, et en offrant des réductions souvent considérables aux pharmaciens. Le revenu des pharmaciens de ces provinces provient donc à la fois des honoraires professionnels et de l'écart entre le prix qui leur est remboursé et le prix qu'ils ont réellement payé. En vertu de ce système de listes de prix, les fabricants ne peuvent attirer la clientèle des pharmaciens en demandant des prix peu élevés dont bénéficieraient les contribuables et les

consommateurs. Ils doivent plutôt créer un écart entre le prix prescrit dans la pharmacopée et le prix plus faible qu'ils demandent, à l'avantage seulement des pharmaciens, et non des consommateurs.

Réalisation des économies possibles

Les trois variables principales décrites dans les deux sections précédentes déterminent la part du marché détenue par les titulaires de licences et la mesure dans laquelle les prix réels peu élevés des médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées se traduisent par des économies pour les consommateurs et les contribuables. Le tableau 10.7 présente les données relatives aux sept médicaments examinés, dans les sept provinces de l'échantillon. Les chiffres du tableau font tous référence aux marchés provinciaux des médicaments remboursés.

L'économie potentielle maximale (ECOPO) est l'économie potentielle attribuable à l'octroi de licences obligatoires, par rapport aux dépenses totales qui auraient été consacrées aux médicaments sous licence en l'absence d'une politique d'octroi de licences obligatoires. L'indice varie entre 1 (aucun avantage découlant de l'octroi de licences obligatoires) et 0 à mesure que baissent les prix demandés par les titulaires de licences. Les valeurs de référence pour les prix des titulaires de brevets pour évaluer les dépenses en l'absence de licences obligatoires proviennent d'endroits où la concurrence n'existait pas entre titulaires de licences. Il s'agit en l'occurrence de la Saskatchewan, où les prix sont protégés du fait que certains médecins interdisent toute substitution dans leurs prescriptions. Les prix des titulaires de licences sont les prix réellement demandés pour un échantillon comprenant une très grande proportion de toutes les ventes de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées par les fabricants de produits génériques.

Deux indices ont été construits pour mesurer le degré de matérialisation des économies potentielles. L'indice ECORE représente la proportion des économies potentielles réalisée dans chaque province; sa valeur varie entre 1, dans le cas où toutes les économies ont été réalisées, et 0, dans le cas où on n'a bénéficié d'aucune économie. L'indice ECONORE est le complément et correspond à la proportion non réalisée des économies potentielles.

Selon le tableau 10.7, c'est en Colombie-Britannique et en Saskatchewan que se sont matérialisées en 1983 les plus fortes proportions des économies potentielles. Même là, elles ont atteint la moitié du potentiel. En Colombie-Britannique, ce résultat est sans contredit attribuable au fait qu'aucune substitution obligatoire n'est imposée, ce qui annule en partie les gains obtenus du remboursement au coût réel d'acquisition. En Saskatchewan, c'est la pratique des médecins qui consiste à interdire la substitution qui empêche la proportion d'être plus grande. La proportion de 40 pour cent enregistrée en Ontario malgré que les ventes des titulaires de licences représentent environ

Tableau 10.7

Économies potentielles, économies potentielles réalisées et économies potentielles non réalisées grâce à l'octroi de licences obligatoires et aux régimes provinciaux de remboursement de médicaments, pour sept médicaments provenant de plusieurs sources et pour sept régimes provinciaux de remboursement de médicaments, 1983[b]

Province	ECOPO[c]	ECORE[c]	ECONORE[c]
	Moyenne[d] (déviation standard)		
Colombie-Britannique	0,6538 (0,094)	0,5447 (0,103)	0,4553 (0,103)
Saskatchewan	0,6538 (0,094)	0,5213 (0,062)	0,4787 (0,062)
Ontario	0,6538 (0,094)	0,4053 (0,144)	0,5947 (0,144)
Québec	0,6538 (0,094)	0,4405 (0,236)	0,5595 (0,236)
Nouveau-Brunswick	0,6538 (0,094)	0,0193 (0,031)	0,9807 (0,031)
Nouvelle-Écosse	0,6538 (0,094)	0,1854 (0,181)	0,8146 (0,181)
Terre-Neuve	0,6538 (0,094)	0,2262 (0,238)	0,7738 (0,238)

[a] Indomethacin, flurazepam, naproxen, propranolol, methyldopa, cimetidine et allopurinol
[b] Voir le tableau 10.6 pour la période visée par l'indice d'une province donnée.
[c] Abréviations définies dans le texte.
[d] Moyennes non pondérées de l'indice pour les sept médicaments.

Source : Données fournies par divers gouvernements provinciaux, titulaires de licences et données publiées dans divers numéros de *Formulary*, Saskatchewan

80 pour cent des ventes totales de médicaments pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées, est sans aucun doute attribuable à l'excédent des montants remboursés par rapport aux prix réellement payés par les pharmaciens. Au Québec, bien que les titulaires de licences interviennent pour une proportion moindre des ventes, les économies réalisées ont été supérieures à celles de l'Ontario. Par ailleurs, les règles plus libérales en matière de substitution au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, et la mise en œuvre relativement récente du programme à Terre-Neuve, expliquent l'incapacité de ces provinces à réaliser une proportion appréciable des économies potentielles.

Les économies potentielles dans le marché privé des médicaments remboursés par des régimes d'assurance à tiers payant ou payés par le consommateur lui-même, sont inférieures à celles réalisées dans le marché des médicaments remboursés par l'État. La raison en est que le choix des produits

et des prix est volontaire et que les pharmaciens n'optent pas pour la substitution parce qu'ils sont peu incités à le faire. En Ontario, les honoraires professionnels découragent la substitution parce qu'ils sont moindres si le pharmacien remplace le médicament prescrit à un consommateur par un produit moins cher. On observe donc très peu de substitution pour les achats privés, qui représentent plus de la moitié du marché de détail. Le Manitoba et Terre-Neuve imposent le choix d'un prix dans le marché privé. Dans les autres provinces, le prix est habituellement celui qui est indiqué dans la pharmacopée pour la marque prescrite et délivrée. Les gouvernements de ces provinces ont mis sur pied des programmes qui font en sorte que les prix des médicaments qu'ils remboursent sont sensiblement inférieurs aux prix payés par le grand public.

Effet de la réglementation des prix

Les difficultés budgétaires des gouvernements provinciaux ne sont pas près de s'estomper, ce qui entraînera la poursuite des efforts en vue de restreindre le coût des médicaments pour les trésors provinciaux et, dans une certaine mesure, pour les consommateurs. Jusqu'ici, les mesures prises dans cette voie ont été de nature réglementaire et bureaucratique. Elles ont été passablement fructueuses, ayant permis la réalisation de près de la moitié des économies potentielles résultant de l'octroi de licences obligatoires. Toutefois, l'exercice d'un contrôle au moyen d'une réglementation accrue présente des dangers.

La réglementation permet l'établissement de prix de remboursement et d'honoraires professionnels uniformes. Les montants que touchent les détaillants sont fixés lors de négociations entre, d'une part, les gouvernements provinciaux et les fabricants et, d'autre part, les associations de pharmaciens; un tel processus ne peut que grossièrement ou aléatoirement tenir compte du fait que des détaillants différents n'ont pas le même potentiel de bénéfices en raison de l'emplacement de leur commerce, du volume et de la composition de leurs ventes et de leur gestion. Par conséquent, dans plusieurs provinces, les honoraires professionnels et, en principe, les prix payés et demandés par les pharmaciens sont les mêmes pour toutes les pharmacies.

Pour déterminer le montant des honoraires professionnels et les prix remboursés, on se fonde sur une estimation des coûts moyens raisonnables et du taux de rendement normal. Les niveaux établis doivent être suffisants pour répondre aux exigences des pharmacies à faible volume de vente et ayant des coûts élevés. Ils peuvent donc engendrer des bénéfices exagérés dans les cas où les mêmes services sont fournis dans des pharmacies bien situées ou bien gérées.

Une trop forte concentration de pharmacies dans les meilleurs endroits peut amoindrir les profits ou encore les maintenir, mais dans un cas comme dans l'autre, l'absence d'une concurrence au niveau des prix n'avantage ni les consommateurs, ni les contribuables du point de vue des prix. Consommateurs

et contribuables ne bénéficient non plus d'aucune réduction lorsque le coût d'acquisition réel est inférieur au prix indiqué dans la liste de médicaments.

La réglementation ayant pour effet d'accroître le taux de rendement du capital investi dans les pharmacies présente également un fort degré d'inertie. Par exemple, il est difficile de supprimer, une fois qu'elles ont été appliquées, les limites imposées aux quantités d'un médicament qui peuvent être fournies en vertu d'une même ordonnance, comme il en existe à divers degrés dans la plupart des provinces, et qui ont pour effet de multiplier le nombre de prescriptions et, par conséquent, les honoraires professionnels des pharmaciens.

La rigidité des systèmes de prix administrés, qui permettent à certaines entreprises de réaliser des bénéfices élevés, est encore accrue du fait que ces bénéfices se transforment en coûts. La valeur actuelle du capital d'une pharmacie augmente si celle-ci devient exceptionnellement rentable. Lorsque l'entreprise passe à un nouveau propriétaire, celui-ci doit payer la valeur accrue du capital et ne réalise pas lui-même un rendement élevé sur son propre capital. Toute mesure de réforme du système, soit par une réduction des honoraires, soit par une diminution du bénéfice réalisé par le pharmacien grâce à l'écart entre le prix réel et le prix remboursé, se heurte à une vive résistance de la part de ceux qui y voient là une atteinte au droit à un juste taux de rendement et presqu'une tentative d'expropriation.

Ce même processus, qui consiste à accroître la valeur du capital d'une entreprise en tirant partie d'obstacles à la concurrence imposés par la réglementation, s'observe aussi dans d'autres secteurs, par exemple celui des permis de taxi ou des droits de vente de produits agricoles accordés par les offices de commercialisation. De telles réglementations doivent s'accompagner de mesures de restriction du commerce interrégional, à moins que les programmes provinciaux n'aient les mêmes effets sur les prix.

Un accroissement de la concurrence au niveau des prix sur le marché de détail des produits pharmaceutiques contribuerait à réduire les prix des médicaments au profit des consommateurs et des contribuables, ainsi qu'à freiner ou à renverser la tendance vers le contrôle rigide et la segmentation du secteur.

Les autorités provinciales connaissent bien les facteurs qui influent sur les prix que doivent payer les différents groupes de consommateurs en vertu de leurs programmes complexes. Elles ajustent leur processus de réglementation à la lumière de leurs objectifs et de l'expérience des autres provinces. Toutefois, malgré les caractéristiques très diversifiées des programmes provinciaux au Canada, aucun d'entre eux n'a cherché à rendre les prix plus concurrentiels sur le marché de détail en favorisant une plus grande intervention du consommateur, sauf en Colombie-Britannique, où l'on s'est efforcé de mieux informer le client en indiquant aussi bien le coût du médicament que les honoraires professionnels sur le reçu de l'ordonnance. Les consommateurs sont peu informés et, dans la plupart des provinces, insuffisamment encouragés à rechercher des bas prix.

Sensibilité de la consommation par rapport aux prix

Le plus souvent, les médecins prescrivent les médicaments par la marque de commerce n'utilisant la dénomination générique que dans environ 20 pour cent des cas. Sauf en Saskatchewan, un nombre négligeable de médecins interdisent la substitution par le pharmacien du médicament prescrit. Lorsque la substitution est possible, le consommateur ne pourra rechercher le meilleur prix que s'il connaît les produits pouvant être substitués à la marque prescrite, ainsi que les prix demandés par les différentes pharmacies pour les mêmes marques.

Le médicament est un produit complexe. Il existe environ 3 500 médicaments d'ordonnance au Canada. Toutefois, les possibilités de substitution sont les plus évidentes pour les 32 médicaments vendus par des titulaires de licences en décembre 1983 et faisant partie des médicaments provenant de sources multiples et pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées. (Des licences obligatoires avaient déjà été attribuées à 14 autres médicaments, mais le brevet avait expiré.) Ce nombre comprenait 24 des 50 médicaments les plus vendus au Canada. Il existe pour chaque médicament une dénomination chimique complexe, reliée à la composition chimique du produit, à laquelle l'organisation mondiale de la santé attribue un nom générique qui s'inspire de la dénomination chimique, mais qui est plus simple. Les entreprises titulaires de brevets qui vendent ce médicament lui donnent chacune une dénomination commerciale différente facile à retenir. Les dénominations commerciales n'ont habituellement rien à voir ou à peu près avec le nom générique. Chaque médicament est donc connu sous au moins trois noms. Ce nombre s'accroît si le produit est fabriqué par plusieurs entreprises. Les fabricants de produits génériques vendent parfois le médicament sous son appellation générique, ou sous un nom composé qui évoque à la fois le nom générique du médicament et l'identité du fabricant. La prolifération des noms rend plus difficile la prise de décisions éclairées par le consommateur. Cette différenciation des produits est tout à fait artificielle, elle empêche de faire des choix informés et elle nuit à la concurrence au niveau des prix.

Afin d'aider le consommateur à faire un choix éclairé entre les différentes marques d'un même médicament, ***la Commission recommande que tous les médicaments délivrés sur ordonnance portent une étiquette indiquant clairement leur nom générique, quel que soit l'autre nom qui peut également y figurer.***

Une partie de la recherche du médicament le moins cher pourrait être faite au nom du patient par le médecin traitant, à titre de représentant du consommateur. Toutefois, le médecin se préoccupe moins du coût du médicament que le patient, car il n'a pas à le payer lui-même. Par ailleurs, les patients eux-mêmes, lorsqu'ils choisissent un médecin, ne s'inquiètent pas trop de savoir si les médicaments qu'il prescrit sont économiques ou non. Lorsqu'ils consultent un médecin, les patients choisissent en bloc un ensemble de services : diagnostic, conseils, traitement et ordonnance. Le coût du médicament ne représente qu'une partie du coût de ce service multiple. Il influe peu sur le

volume de la clientèle qu'attire un médecin; il ne s'agit donc pas d'un facteur incitant les médecins à rechercher et à prescrire les médicaments les moins chers. Ce travail incombe uniquement au consommateur et, lorsqu'il y a possibilité de substitution, au pharmacien.

Un autre obstacle que doit surmonter le consommateur à la recherche du meilleur prix pour un médicament, que celui-ci soit disponible auprès d'une seule ou de plusieurs sources, c'est la difficulté d'en connaître le prix. Au Canada comme dans bien d'autres pays, la loi ne permet pas de faire la publicité des médicaments d'ordonnance auprès des consommateurs; en revanche, la promotion est très forte auprès des médecins et des pharmaciens. Le raisonnement suivi est que la responsabilité de la prescription des médicaments incombe aux médecins et que ceux-ci ne devraient pas avoir à subir les reproches de consommateurs qui, dans leur ignorance et sous l'influence de la publicité, pourraient avoir des attentes irréalistes face à un médicament particulier. Ce raisonnement, quels que soient ses mérites, n'a rien à voir avec la question de la publicité portant sur le prix des médicaments. La Commission ne voit pas pourquoi on devrait interdire aux fabricants et aux pharmaciens de faire de la publicité sur les prix des produits pharmaceutiques. Au Canada, les pharmaciens peuvent faire la publicité de leurs services, mais non celle des prix des médicaments. Dans le contexte actuel, la plupart des provinces permettent tout au plus d'afficher une liste des prix des produits dans la pharmacie. Il s'agit d'un processus lourd et inefficace du point de vue de la transmission de l'information au grand public. On peut mentionner à titre d'exemple les restrictions imposées par l'article 42 de la *Loi sur les professions médicales et paramédicales* de l'Ontario, qui exige que toute liste de prix affichée ne comprenne au moins 25 médicaments, dont au moins un de chacune des catégories d'un ensemble de 15 (sur 20), et ne soit pas placée de manière à pouvoir être lue de l'extérieur de la pharmacie. Certaines pharmacies mettent la pharmacopée provinciale à la disposition des clients, mais la plupart ne donnent pas de renseignements au téléphone sur le prix des médicaments.

Pour toutes ces raisons, le coût de la recherche du meilleur prix est très élevé pour le consommateur et, en général, ne justifie pas l'effort nécessaire. En l'absence d'une telle recherche par les consommateurs, les pharmacies ne sont pas incitées à se faire concurrence au niveau des prix.

La Commission recommande que les gouvernements provinciaux annulent toute restriction sur l'affichage des prix des médicaments, des honoraires professionnels, ou des deux;

que les pharmaciens soit expressément autorisés à donner des renseignements au téléphone sur les prix des médicaments; et

que le reçu indique le prix du médicament et le montant des honoraires professionnels.

Un autre aspect dont il faut tenir compte en favorisant la concurrence des prix sur le marché de détail, c'est qu'il est peu probable que les consommateurs

recherchent des marques moins chères de produits de substitution ou des sources moins chères d'un même produit s'ils n'ont pas un motif financier de le faire. À moins que les consommateurs n'assument une partie des coûts des médicaments ou ne soient d'une autre façon récompensés pour leur recherche des médicaments les moins chers, il est peu probable qu'ils se livrent à cette recherche.

Les programmes provinciaux de remboursement des médicaments varient selon l'ampleur des remboursements qu'ils offrent. La majorité des assistés sociaux et des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada ne paient rien pour leurs médicaments. Ce groupe représente une proportion considérable du marché, puisqu'il représente pour environ 45 pour cent du coût total des médicaments en Ontario et au Québec, où les programmes publics de remboursement ne couvrent pratiquement personne d'autre, et pour une proportion à peu près semblable dans les autres provinces. Les autres personnes paient une partie du coût des médicaments qu'elles achètent, qu'elles soient couvertes par un régime provincial ou privé d'assurance, ou qu'elles ne le soient pas.

Les consommateurs rechercheront des produits moins chers si la démarche doit influer sur la somme à payer. Leur contribution doit augmenter à mesure que s'accroît le coût de leurs achats totaux. Il est évident qu'on n'obtient pas ce résultat au moyen d'une franchise fixe, à moins que son niveau ne dépasse les achats totaux de médicaments du consommateur. La franchise est avantageuse comme moyen de réduire, pour l'assureur, le coût global de remboursement des médicaments et les frais d'administration, mais à moins qu'elle ne soit très élevée et conçue pour protéger seulement les plus gros utilisateurs de médicaments, elle fait obstacle à une concurrence au niveau des prix en n'offrant aucune incitation au consommateur. Une autre solution possible est le paiement conjoint, pour lequel un maximum est établi, avec possibilité pour le pharmacien d'offrir une réduction, comme en Saskatchewan.

La Commission recommande aux gouvernements provinciaux de s'assurer que les programmes publics de remboursement de médicaments exigent une contribution importante du consommateur à chaque achat sous une forme qui favorise la concurrence des prix, et d'encourager les régimes privés de remboursement de médicaments à comporter également une telle clause.

La diversité des régimes offerts dans les provinces du Canada est le fruit de l'adaptation des politiques aux besoins provinciaux dans le secteur pharmaceutique. Une telle diversité permet également, par l'exemple et l'imitation, d'adapter de façon éclairée les programmes aux objectifs gouvernementaux. Toutefois, la variété peut entraîner des coûts. Les frais d'administration associés à la vente de médicaments sont plus élevés en raison des écarts entre les provinces. Les divergences de politiques font varier les prix d'une province à l'autre et suscitent des opérations d'arbitrage et un gaspillage de frais de transport et d'autres coûts, occasionnés par les expéditions en chassé-croisé et d'autres activités inefficaces. Il serait donc souhaitable que les

provinces collaborent entre elles et s'échangent des informations. Le gouvernement fédéral, lui-même acheteur de quantités considérables de produits pharmaceutiques, peut jouer un rôle en recueillant des données sur l'industrie pharmaceutique et en favorisant la collaboration entre les provinces et la coordination des politiques.

Chapitre 11

Répartition régionale de l'industrie pharmaceutique au Canada

L'industrie pharmaceutique canadienne est presque exclusivement concentrée en périphérie de Montréal et de Toronto. En 1981, la part du Québec de l'emploi total dans l'industrie pharmaceutique canadienne se situait à 45 pour cent, alors que la population du Québec représentait 26 pour cent de la population totale du pays. La part de l'emploi de l'industrie se trouvant en Ontario était de 52 pour cent, alors que la population de cette province représentait 35 pour cent de la population canadienne. Le reste du Canada, qui compte 38 pour cent de la population, ne regroupait que 3 pour cent des emplois de l'industrie pharmaceutique. Il s'agit d'un niveau exceptionnel de concentration par rapport à d'autres secteurs d'activité. On retrouve aussi ce type de répartition dans d'autres pays. Ainsi, aux États-Unis, 30 pour cent de l'industrie est concentrée dans la région immédiate de la ville de New York (42 pour cent en incluant Philadelphie dans cette conurbation), et 27 pour cent autour de Chicago.

Une telle concentration n'est pas fortuite. Les sociétés pharmaceutiques doivent se procurer des services que seuls les grands centres peuvent offrir en variété et en qualité suffisantes. Le rôle crucial joué par la publicité dans l'industrie pharmaceutique oblige les entreprises à s'installer à proximité des grandes agences de publicité. Les grandes sociétés ont aussi besoin de services dans les domaines financiers et scientifiques. Il leur est nécessaire de communiquer avec les centres médicaux et les grands hôpitaux pour recueillir les données cliniques nécessaires dans le cadre du processus d'approbation préalable à la mise en marché des médicaments. Par ailleurs, comme de nombreuses sociétés pharmaceutiques au Canada sont affiliées à des entreprises étrangères, il est avantageux pour elles de se trouver à proximité d'un grand aéroport international. Le très grand nombre de vendeurs d'une société pharmaceutique type fait qu'il est également préférable de se trouver au centre d'un réseau de transport. L'ensemble de ces facteurs favorise le choix des grands centres. Cependant, les frais de transport des substances qui entrent dans la fabrication des produits pharmaceutiques et les coûts de livraison des produits finis ne représentent qu'une part négligeable du coût total des médicaments. Par conséquent, les frais de transport n'interviennent pas dans le choix de l'emplacement des entreprises.

Tableau 11.1

Statistiques principales sur les fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments, par province : années choisies, 1933-1982

Année	Valeur des expéditions (milliers $)	Valeur ajoutée par manuf. (milliers $)	Total (milliers $)	Nbre total d'employés	Total des salaires (milliers $)
1982					
Québec	626 179	401 366	479 343	6 808	165 188
Ontario	795 572	537 751	573 385	8 366	192 684
C.-B.	13 310	4 544	4 682	237	5 446
	%	%	%	%	%
1982					
Québec	42,993	42,224	45,045	43,344	43,720
Ontario	54,624	56,572	53,882	53,220	50,997
C.-B.	0,194	0,478	0,440	1,509	0,014
1976					
Québec	46,455	44,959	45,619	47,180	49,156
Ontario	51,239	53,614	52,832	50,457	48,564
C.-B.	0,686	0,605	0,546	1,122	1,066
1969					
Québec	45,938	44,100	43,695	45,132	48,400
Ontario	52,183	54,593	55,059	53,341	50,230
C.-B.	—	—	—	—	—
1953					
Québec	47,183	45,584	—	48,332	49,791
Ontario	50,422	52,094	—	48,812	48,113
C.-B.	0,344	0,284	—	0,627	0,487
1933					
Québec	29,096	28,949	—	31,398	32,225
Ontario	63,022	64,000	—	61,376	61,231
C.B.	0,469	0,585	—	1,609	1,480

Source : Statistique Canada, *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (nº 46-223 au catalogue) et *Produits raffinés du pétrole et du charbon* (nº 46-209 au catalogue)

Une autre cause de concentration est l'avantage pour les entreprises du même secteur de se trouver au voisinage les unes des autres. Elles peuvent ainsi avoir accès à un bassin d'employés et de cadres spécialisés, dans lequel elles peuvent puiser lorsqu'elles étendent ou modifient leurs activités.

Dans l'industrie pharmaceutique, certains types fondamentaux d'activités peuvent être séparés physiquement. La fabrication du principe actif, qui relève de l'industrie chimique, n'a pas besoin d'être faite au voisinage de l'endroit où s'effectue la mise en forme pharmaceutique; le principe actif peut même provenir d'un autre pays. Il n'est pas non plus nécessaire que le bureau

principal d'une entreprise se trouve à proximité des usines de fabrication. La mise en forme pharmaceutique est une entreprise relativement simple qui n'exige pas qu'un lien étroit soit maintenu avec la haute direction de la société pharmaceutique au Canada. Les travaux de recherche effectués au Canada, qui sont surtout de nature clinique et qui s'inscrivent souvent dans le processus menant à l'approbation des nouveaux produits avant leur mise en marché, sont de préférence dirigés à partir du bureau principal. Enfin, les travaux de recherche fondamentale se font généralement sous la surveillance du siège social de l'entreprise multinationale à l'étranger.

Le tableau 11.1 montre que l'industrie se trouve presque entièrement en Ontario et au Québec, c'est-à-dire à Toronto et à Montréal. Que l'on choisisse comme mesure de la répartition régionale la valeur des livraisons, la valeur ajoutée, l'emploi ou encore les salaires et traitements, on constate qu'en 1982, selon la mesure choisie, la proportion de l'activité se situait entre 51 et 55 pour cent pour Toronto et entre 43 et 45 pour cent pour Montréal.

Le tableau 11.1 montre également comment la répartition régionale a évolué dans le passé. Dans les années 1930, il y avait également concentration au Québec et plus particulièrement en Ontario qui accueillait près des deux tiers de l'ensemble de l'industrie au Canada. Avec la transformation de l'industrie qui s'est produite après la Seconde grande guerre, grâce aux progrès scientifiques et à la dominance des multinationales, la part de Montréal s'est accrue par rapport à Toronto et est demeurée remarquablement stable. Les principales mesures de la répartition régionale de l'activité économique dans l'industrie sont demeurées stables depuis les années 1950. Le tableau 11.1 montre que les parts de l'industrie se trouvant à Montréal et à Toronto en 1982 n'étaient pas sensiblement différentes de celles qui existaient en 1969.

Un examen plus attentif révèle toutefois certaines variations relatives de la position de l'industrie à Montréal et à Toronto. Le tableau 11.2 présente, sous forme de ratios, des données de recensement plus détaillées sur l'industrie au Québec et en Ontario, pour un certain nombre d'années. On constate que le ratio entre l'emploi au Québec et l'emploi en Ontario a fléchi depuis le sommet atteint en 1951, tant pour les emplois de production que pour les emplois de bureau. La variation des autres indices de l'activité relative n'est pas aussi régulière sur une plus longue période, mais tous ces indices ont une caractéristique en commun : ils indiquent un accroissement de la part du Québec par rapport à celle de l'Ontario entre 1969 et 1976, et un fléchissement par la suite.

Le déclin relatif de l'activité au Québec depuis 1976 ne signifie pas qu'il y a eu diminution absolue de l'emploi ou des autres mesures. En fait, ceux-ci n'ont pas diminué parce que l'industrie connaissait une croissance plus rapide que celle des industries manufacturières dans leur ensemble. Le déplacement des activités du Québec vers l'Ontario était mineur et il touchait surtout des emplois de bureau et les activités de fabrication, par exemple entre les spécialités pharmaceutiques et les médicaments d'ordonnance. En 1977, le nombre de professionnels affectés à la recherche et au développement, c'est-à-dire les scientifiques, les ingénieurs et les gestionnaires supérieurs en recherche,

Tableau 11.2

Ratios Québec/Ontario pour divers indicateurs de l'activité de l'industrie pharmaceutique : années choisies, 1945-1982

	1945	1951	1955	1962[a]	1969	1976	1982
N[bre] total d'emplois	0,8100	1,0330	0,9910	0,9620	0,8460	0,9350	0,8140
Production	0,7120	0,8890	0,8014	0,6810	0,6040	0,8250	0,7570
Administration, ventes, R & D	1,0150	1,5200	1,3540	1,1830	1,0700	1,0300	0,8570
Valeur ajoutée par la fabrication	—	—	—	0,8730	0,8080	0,8390	0,7460
Total	—	—	—	0,8790	0,7940	0,8620	0,8360
Valeur des expéditions	0,7800	0,8199	0,9868	0,8610	0,8800	0,9070	0,7880
Total des salaires	0,8900	1,0100	1,0330	1,0410	0,9640	1,0120	0,8570
Nombre d'établissements	0,8160	0,9680	1,0110	0,9870	0,7450	0,6670	0,7270
Population	0,8800[b]	0,8821	—	0,4330[c]	0,7825[d]	0,7544	0,7465[e]

[a] Québec comprend le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse.

[b] Pour 1941 [c] Pour 1961 [d] Pour 1971 [e] Pour 1981

Source : Statistique Canada *Produits raffinés du pétrole et du charbon* (n° 46-209 au catalogue); *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (n° 46-223 au catalogue); et recensement

étaient de 310 au Québec et de 110 en Ontario. En 1982, il se réalisait toujours plus de recherches au Québec qu'en Ontario : il y avait toujours 310 personnes oeuvrant dans ce domaine au Québec, tandis que le nombre était passé à 200 en Ontario.

Le tableau 11.3 donne la liste des principales entreprises qui ont déménagé leur bureau principal du Québec en Ontario après 1976 ou qui ont accru de façon relativement rapide leurs activités en Ontario. Cette évolution s'est inscrite dans un mouvement d'élargissement progressif de l'écart entre le taux de croissance de divers services commerciaux à Montréal et à Toronto entre 1971 et 1981, comme le montre le tableau 11.4. Ces industries ont connu une croissance dans les deux centres, mais plus rapide à Toronto, et elles ont été entraînées dans un mouvement généralisé vers l'ouest des emplois de bureau, peut-être encouragé par des taux d'imposition des particuliers relativement élevés au Québec. Le recrutement de hauts salariés a donc été plus difficile au Québec qu'à Toronto. Les restrictions imposées à l'usage de l'anglais dans les entreprises et les écoles peuvent également avoir joué un rôle.

Il semble que les genres d'activités de fabrication dans les deux régions aient également évolué. Le tableau 11.5 montre l'évolution de la valeur ajoutée

Tableau 11.3

Liste de sociétés qui avaient leur siège social au Québec en 1976 et qui ont quitté le Québec ou qui ont pris de l'expansion en Ontario entre 1976 et 1983

	Adresse en 1976	Adresse en 1983-1984	Observations
Abbott	Montréal	Montréal	Expansion à Brockville (1976) et à Downsview (1978)
Allergan	Pointe-Claire, (Qc)	Willowdale, (Ont.)	
Ayerst	St-Laurent, (Qc)	St-Laurent, (Qc)	Laboratoire déménagé à Rouses Point (N.Y.) en 1983
Bristol-Myers	Candiac	Ottawa	
Ciba-Geigy	Montréal	Mississauga	
Cooper Lab.	Boisbriand	Mississauga	
Cyanamid-Lederle	Ville Mont-Royal	Willowdale	
Ex-Lax	Montréal	Cornwall	
Hoffmann-La Roche	Vaudreuil	Etobicoke	
Robins	Montréal	Mississauga	
S.K.F.	Senneville	Mississauga	
Revlon	Montréal	Mississauga	
Syntex	Montréal	Mississauga	

Note : Cette liste qui n'est pas exhaustive, vise surtout des sociétés membres de l'ACIM.

Source : Statistique Canada, *Produits raffinés du pétrole et du charbon* (N° 46-209 au catalogue); *Profile* (ACIM, 1980 et 1983); et «84 Pharmaceutical Lineup» dans *Drug Merchandising*, avril 1984

par employé de production dans l'industrie pharmaceutique au Québec et en Ontario, sur une période de 42 ans commençant en 1940. Après 1945 et jusqu'en 1976, la valeur ajoutée par employé de la production au Québec était sensiblement supérieure à celle de l'Ontario, atteignant un sommet en 1965 et fléchissant par la suite. Depuis 1976, le ratio est voisin de un, ce qui indique que les activités de fabrication maintenant réalisées à Toronto sont semblables à celles de Montréal. L'évolution vers une plus grande valeur ajoutée par employé en Ontario tient probablement au fait que la production des médicaments d'ordonnance s'y est accrue par rapport à celle des spécialités pharmaceutiques.

L'un des facteurs qui a contribué au déplacement des activités de l'industrie vers Toronto depuis 1969 réside dans la croissance de la production de médicaments génériques en vertu de licences obligatoires à l'importation. Le secteur générique, qui était à peu près inexistant avant que la loi ne soit modifiée en 1969, a progressé rapidement depuis lors, aussi bien en Ontario qu'au Québec. Mais l'Ontario, où sont situées deux entreprises canadiennes qui sont les plus gros fabricants de produits génériques, a bénéficié d'une croissance plus rapide. Il est toutefois facile de surestimer les variations survenues dans l'ensemble de l'industrie par suite de la production de médicaments sous licence obligatoire. Les médicaments fabriqués en vertu de telles licences représentent moins de 3 pour cent de la production totale de médicaments.

Statistique Canada ne peut fournir de données de recensement sur l'industrie pour 1983. La Commission a réalisé elle-même une enquête auprès des principaux fabricants du Canada. Les résultats obtenus ne sont pas

Tableau 11.4

Emploi dans l'industrie des services commerciaux : Montréal et Toronto, 1971 et 1981

	Montréal			Toronto		
Industrie	**1971**	**1981**	**% Croissance**	**1971**	**1981**	**% Croissance**
Finance et immobilier	61 500	87 600	42,4	84 500	139 200	64,7
Informatique et service d'information	1 115	3 865	246,6	1 540	11 740	662,3
Relations publiques et publicité	3 550	4 695	32,2	5 795	9 960	71,9
Consultation scientifique	8 315	14 910	79,3	9 585	17 220	79,7
Consultation en gestion d'entreprise	980	4 115	319,9	1 680	7 065	320,5

Source : Statistique Canada, *Activités économiques selon le sexe* (n° 94-742 au catalogue) et compilations spéciales de Statistique Canada pour 1981 fournies par M. Polèse, I.N.R.S. Urbanisation - Montréal

Tableau 11.5

Industrie pharmaceutique : valeur ajoutée par employé de production, 1940-1982

Année	Québec	Ontario	Ratio Québec/Ontario
1940-1945	$ 7 126	$ 7 808	0,910
1946-1950	10 024	8 973	1,120
1951-1955	15 814	13 576	1,160
1956-1960	24 101	22 328	1,080
1961		25 535	
1962	34 112	26 569	1,284
1963	40 996	28 437	1,442
1964	41 729	30 448	1,371
1965	46 065	31 551	1,460
1966	43 776	32 711	1,338
1967	46 094	33 608	1,372
1968	47 952	36 865	1,301
1969	54 381	40 636	1,338
1970	55 930	45 285	1,235
1971	61 608	45 578	1,350
1972	61 630	50 538	1,220
1973	62 637	52 652	1,190
1974	67 585	57 205	1,180
1975	69 169	58 573	1,180
1976	67 559	66 495	1,020
1977	83 095	67 713	1,230
1978	85 016	80 575	1,050
1979	98 224	96 315	1,020
1980	112 377	104 815	1,070
1981	133 186	123 146	1,080
1982	144 376	146 526	0,980

Source : Statistique Canada, *Produits raffinés du pétrole et du charbon* (n° 46-209 au catalogue) et *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (n° 46-223 au catalogue)

directement comparables aux chiffres de Statistique Canada, mais ils sont compatibles avec ces derniers. Ils sont présentés au tableau 11.6, où l'on peut voir qu'environ 90 pour cent des emplois inclus dans l'échantillon se trouvent en Ontario et au Québec et que cette proportion a fléchi de 1,5 point entre 1979 et 1983. La proportion des emplois situés au Québec est passée de 44 pour cent en 1979 à 42,1 pour cent en 1982, puis a accusé une baisse de trois points pour atteindre 39 pour cent du total canadien en 1983. Les données de Statistique Canada sur la production indiquent une baisse de plus de 1,5 point entre 1981 et 1982, baisse dont ne rend pas compte entièrement l'enquête de la Commission. Toutefois, les tendances générales qui se dégagent des deux enquêtes ne sont pas incompatibles. La baisse de 1983 est probablement surtout attribuable à la perte de 280 emplois qui est survenue lorsque Ayerst a fermé son laboratoire de Montréal. La différence est peut-être attribuable au fait que les données n'ont pas été recueillies au même moment.

Il est difficile de savoir comment évoluera dans l'avenir le rapport entre le Québec et l'Ontario sur le plan de l'emploi et de la production, mais il est probable que Montréal connaîtra un certain regain d'activités au cours des prochaines années grâce à des programmes d'investissement déjà entrepris ou annoncés par Rhône-Poulenc, Mallinckrodt, Burroughs-Welcome, Johnson and Johnson et Ayerst.

Tableau 11.6

Parts relatives du total des emplois : Ontario et Québec, 1979-1983

Année	Ontario	Québec	Ont. et Qué.	Qué./Ont.
1983	49,7	39,0	88,7	78,5
1982	47,3	42,1	89,4	89,0
1981	46,9	42,6	89,5	90,8
1980	46,9	43,1	90,0	91,9
1979	46.2	44.0	90.2	95.2

Source : Étude de la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

Chapitre 12

La recherche pharmaceutique au Canada

L'industrie pharmaceutique canadienne fait beaucoup de recherche comparativement à d'autres secteurs manufacturiers au pays (mais non par rapport à l'industrie pharmaceutique à l'échelle mondiale). En 1982, avec seulement ,8 pour cent de la main-d'œuvre manufacturière, elle employait 3,5 pour cent des chercheurs et du personnel affectés à la recherche et au développement, dépensant 2,8 pour cent des fonds consacrés à la recherche dans le secteur manufacturier. De plus, le personnel de l'industrie pharmaceutique est très compétent au plan scientifique.

Le tableau 12.1 montre que les fonds consacrés à la recherche et au développement intra-muros proviennent surtout d'entreprises établies au Canada et de leurs filiales à l'étranger. En 1982, ces fonds représentaient

Tableau 12.1

Industrie pharmaceutique
sources des fonds de recherche et développement
intra-muros, années choisies, 1975-1982

Sources	1975	1977	1979 (pour cent)	1981	1982
Canada					
Entreprise en question	72	71	75	75	71
Gouvernement fédéral	12	11	9	9	10
Gouvernement provincial	1	3	2	2	2
Autre	9	8	8	8	9
Sous-total	94	93	94	94	92
Étranger	6	7	6	6	8
Total	100	100	100	100	100

Source : Statistique Canada, *Statistiques sur la recherche et le développement industriels* (nº 88-202 au catalogue) et *Revue annuelle de la statistique des sciences* (nº 13-212 au catalogue)

79 pour cent des dépenses totales, tandis que 9 pour cent provenaient d'autres sources privées. Les subventions de l'État constituaient 12 pour cent des dépenses totales. L'appui que l'État offre à la recherche dans cette industrie est à peu près le même que dans la moyenne du secteur manufacturier, soit 11 pour cent en 1981. Toutefois, il contribue davantage à la recherche que ne l'indiquent ces subventions directes, car il offre aux entreprises qui font de la recherche des allègements fiscaux très importants en leur permettant de déduire de leurs revenus des sommes dépassant les dépenses encourues à ce chapitre. Ces allègements fiscaux sont parmi les plus généreux au monde. L'industrie les juge appropriés puisque l'Association canadienne de l'industrie du médicament recommande à la Commission de les maintenir «. . .the current system of grants and tax incentives for research be continued.»

Quarante et une des 55 plus grandes entreprises que la Commission a examinées financent entièrement la recherche et le développement à partir de leurs propres fonds et de ceux de la société mère à l'étranger. Ces fonds couvrent environ 84 pour cent des dépenses totales de recherches des 55 entreprises.

Entre 1968 et 1981, les dépenses de recherche et développement sont demeurées assez stables, proportionnellement aux ventes de l'industrie pharmaceutique et en termes absolus. Dans son mémoire à la Commission, l'Association canadienne de l'industrie du médicament a fourni des données préliminaires indiquant que ce niveau de dépenses serait maintenu en 1983.

On peut classer la recherche effectuée par les entreprises pharmaceutiques en trois catégories : la recherche fondamentale, la recherche appliquée aux procédés de fabrication et la recherche clinique. La recherche fondamentale a trait à la découverte de nouveaux processus biologiques, à la synthèse de composés chimiques et à l'expérimentation chez les animaux. La recherche sur les procédés de fabrication vise la réduction des coûts de fabrication des médicaments ou l'amélioration de la qualité des produits. La recherche clinique vise à déterminer l'innocuité et l'efficacité thérapeutiques des médicaments. La Commission a appris qu'en 1983, les entreprises ont consacré environ 15 pour cent de leurs dépenses de recherche et développement à la recherche fondamentale, proportion qui augmentait lentement depuis 1979, et environ 15 pour cent à la recherche de nouveaux procédés, proportion qui diminuait. Les autres dépenses consacrées à la recherche clinique ont varié d'une entreprise à l'autre et dans le temps selon les Présentations pré-cliniques de drogues nouvelles faites à la Direction générale de la protection de la santé.

Cinq des 55 entreprises considérées se partagent la plus grande partie de la recherche fondamentale et de la recherche appliquée aux procédés au Canada. Leurs dépenses en recherches fondamentales et en développement ont dépassé 4 pour cent des ventes; ces entreprises ont effectué environ 85 pour cent de la recherche au Canada. Les huit entreprises qui consacrent plus de 2 pour cent de leurs ventes à la recherche sont responsables d'environ 90 pour cent des dépenses consacrées à la recherche fondamentale et à la recherche appliquée.

Les dépenses en recherche fondamentale représentaient moins de 0,75 pour cent des ventes des produits pharmaceutiques chez les entreprises considérées.

Le Canada a une importance négligeable au plan de la recherche fondamentale dans l'industrie pharmaceutique mondiale. Cette recherche est concentrée aux États-Unis, en Allemagne de l'Ouest, en Suisse, au Royaume-Uni, en France et au Japon. Les plus importantes multinationales ont presque toutes leur siège social dans ces pays. Leur stratégie consiste à effectuer la plupart de leurs travaux de recherche fondamentale près de leur siège social, quoique plusieurs d'entre elles exploitent aussi des centres de recherche fondamentale là où la recherche est bien établie et où la main-d'œuvre scientifique est expérimentée. Ainsi, les entreprises américaines, qui dominent le marché canadien, font 85 pour cent de leurs recherches aux États-Unis et le reste surtout dans des pays comme le Royaume-Uni, l'Allemagne de l'Ouest et la France. Les entreprises européennes effectuent une proportion plus élevée de leurs recherches à l'étranger et, dans la plupart des cas, elles choisissent les États-Unis.

L'endroit où se font la plupart des travaux de recherches importants dans l'industrie pharmaceutique est dicté principalement par l'emplacement du siège social de la société mère. C'est là le reflet de l'évolution de la compétence et des intérêts particuliers de l'entreprise et de l'infrastructure scientifique générale du pays. Le choix du lieu dépend également de l'aide que le gouvernement du pays hôte est disposé à fournir aux entreprises pharmaceutiques sous forme de subventions importantes, en tolérant les prix élevés et en donnant son appui à des travaux scientifiques pertinents dans les universités et les établissements de recherches.

Le Canada ne possède pas l'infrastructure humaine et scientifique nécessaire pour devenir un grand centre mondial de recherches pharmaceutiques fondamentales. La Commission est d'avis qu'il ne serait pas opportun que l'État cherche à créer un environnement pour concurrencer des centres fortement subventionnés et établis depuis longtemps ailleurs.

Le Canada présente toutefois des avantages au plan de la recherche clinique, car on y trouve des établissements de santé et des hôpitaux très spécialisés et dotés d'excellentes installations.

Certaines entreprises continueront sans doute à faire des recherches fondamentales au Canada et d'autres trouveront des conditions favorables à l'établissement de nouveaux centres et de nouveaux programmes au Canada, mais il est improbable que des établissements canadiens de recherches fondamentales puissent rivaliser avec les grands centres étrangers. On peut s'attendre à une augmentation importante de la recherche clinique advenant l'instauration de conditions favorables comme celles que propose la Commission.

Peut-être existe-il de nouvelles voies de recherches qui s'ajouteraient au modèle traditionnel à grande échelle caractéristique de l'industrie pharmaceutique. La Commission a été sensibilisée à la croissance de la recherche en biotechnologie et de ses applications possibles à l'industrie pharmaceutique.

La biotechnologie est essentiellement l'application des organismes biologiques au secteur manufacturier. Il s'agit de procédés qui utilisent les bactéries, les levures et les champignons microscopiques pour effectuer des réactions biologiques. Les progrès récents et rapides dans le domaine de la biologie cellulaire et de la biologie moléculaire, notamment dans la manipulation des gènes, alliés aux développements de l'ingénierie et de la technologie de la fermentation, ont rendu possible l'utilisation de procédés industriels entièrement nouveaux.

Les domaines d'application possible de la biotechnologie sont très variés et comprennent les industries agricole, alimentaire, chimique et énergétique, de même que l'industrie pharmaceutique. Ils permettent de produire de l'insuline humaine, des antibiotiques, des vaccins, des agents antiviraux et beaucoup d'autres produits, qui sont soit nouveaux, soit fabriqués à moindre coût, en plus grande quantité ou sous une forme plus pure.

Les perspectives mondiales de la biotechnologie sont bonnes mais il semble également que ses progrès ne seront ni aussi rapides, ni aussi faciles qu'on l'avait prévu ou espéré à sa naissance. Les progrès obtenus résulteront de dépenses considérables en recherches.

Du point de vue de la structure industrielle, la biotechnologie se distingue principalement de deux façons des procédés chimiques qui mènent à la découverte et à la fabrication de produits pharmaceutiques. Premièrement, la brevetabilité des produits et des procédés biotechnologiques n'a pas encore fait jurisprudence. Plusieurs des produits existent dans la nature et ne peuvent donc pas être brevetés, mais les procédés pour les fabriquer pourraient toutefois faire l'objet de brevets. L'autre différence vient du fait que la théorie à la base des recherches en biotechnologie est plus explicite que dans le cas des recherches pharmaceutiques actuelles, de sorte qu'il pourrait être plus facile d'établir le coût de la recherche conduisant à l'invention. Toutefois, les méthodes d'élaboration de nouveaux produits et les essais cliniques nécessaires avant la mise en marché sont semblables que le produit soit le résultat d'un procédé biotechnologique ou d'un procédé chimique.

C'est aux États-Unis que la croissance de la recherche en biotechnologie et de ses applications a été la plus rapide et la plus marquée. Le gouvernement américain a largement financé la recherche en biotechnologie dans les universités et les hôpitaux. Plusieurs petites entreprises ont vu le jour en raison, en partie, de l'état relativement avancé des connaissances scientifiques et aussi des rapports étroits entre le milieu des affaires et le milieu universitaire et de l'esprit d'entreprise des universitaires américains. Certaines de ces entreprises ont atteint une taille très respectable et emploient jusqu'à 300 détenteurs de doctorat, mais leurs activités se limitent encore presque exclusivement à la

recherche. Un certain nombre de grandes entreprises, notamment les principales entreprises pharmaceutiques et chimiques, ont également mis sur pied d'importants projets de recherches faisant appel à la biotechnologie. Avec l'appui du gouvernement, les universités, les petites entreprises spécialisées et les grandes entreprises diversifiées forment un milieu de recherche fondamentale apte à exploiter le niveau élevé de connaissances scientifiques et la main-d'œuvre hautement spécialisée disponibles dans ce pays. Le Japon et certains pays européens consacrent déjà, à plus petite échelle, d'impressionnantes ressources à l'avancement de la biotechnologie.

Au Canada, les bases de la biotechnologie sont étroites et fragmentées. Un certain nombre de petites entreprises vouées à la recherche partout au pays essaient de mettre au point de nouveaux produits et procédés, souvent avec une aide substantielle de l'État. Lorsque ces entreprises font des découvertes applicables à la médecine humaine et vétérinaire, on s'attend à ce qu'elles passent des ententes avec des multinationales pharmaceutiques, qui possèdent la compétence et les ressources pour effectuer les tests nécessaires à l'autorisation des produits et pour en faire la promotion sur le marché mondial. Nous avons actuellement pour principaux exemples, l'entente entre les Laboratoires Connaught et Novo Industri S.A. du Danemark et une autre entre les Laboratoires Connaught et Squibb USA pour la production et la distribution de produits pharmaceutiques, surtout des vaccins, au Canada et à l'étranger.

L'industrie biotechnologique canadienne n'en est qu'à ses débuts comparée à celle des États-Unis où environ 3 milliards de dollars ont déjà été investis. Ce retard relatif peut avoir un certain nombre de raisons. L'une est que les principaux centres de recherche fondamentale au monde (subventionnés en partie par l'État par le biais des universités) ne sont pas au Canada. Ce sont pourtant les meilleurs endroits pour les entreprises qui se consacrent essentiellement à la recherche, soit qu'ils aient été établis par des universitaires entreprenants, soit qu'ils puissent accéder le plus facilement aux plus récentes découvertes scientifiques. Le Canada n'est pas non plus un pays où abondent les sièges sociaux de grandes entreprises pharmaceutiques, qui préfèrent établir leurs centres de recherche avancée près de leur siège social. De plus, étant donné le peu de recherche pharmaceutique traditionnellement effectuée au Canada, on trouve peu de chercheurs et d'ingénieurs compétents et expérimentés en gestion qui soient aptes à diriger les travaux multidisciplinaires qui sont aujourd'hui au premier plan de la recherche pharmaceutique. Le Canada n'apparaît pas comme un milieu particulièrement favorisé pour la recherche biotechnologique appliquée aux produits pharmaceutiques.

Toutefois, le Canada a des atouts importants pour la recherche biotechnologique. Les lois canadiennes en matière d'impôt favorisent les dépenses en recherche et développement comparativement à d'autres pays et les subventions fédérales directes accordées aux entreprises pour des programmes de recherche sont généreuses selon des critères internationaux. Le Canada jouit d'un bon réseau d'universités et les scientifiques y sont excellents. Les entreprises, les gouvernements et les universités poursuivent d'importantes recherches dans les domaines de l'agriculture, de l'énergie, des mines, des

pêches et dans d'autres domaines liés à nos ressources naturelles abondantes. Beaucoup d'entreprises dans ces domaines sont établies au Canada où elles concentrent leurs spécialistes en administration et en recherche. Si ces entreprises s'engageaient dans la recherche biotechnologique, le Canada serait le choix le plus probable. Par conséquent, bien que le Canada ne semble pas un pays d'élection pour des recherches en biotechnologie applicables aux produits pharmaceutiques, à cause du manque de travaux universitaires fortement subventionnés en biologie, en génétique et dans des domaines connexes et de la faiblesse traditionnelle de notre recherche pharmaceutique dans l'industrie, il y a néanmoins de bonnes possibilités que les chercheurs dans les universités, les petites entreprises qui se consacrent à la recherche et les quelques entreprises pharmaceutiques qui font de la recherche fondamentale, fassent des découvertes qui soient commercialisables, dont certaines pourraient concerner des produits pharmaceutiques pour usages humains ou vétérinaires.

Certains observateurs ont affirmé devant la Commission que la disposition de la *Loi sur les brevets* concernant l'octroi de licences obligatoires à l'importation de produits pharmaceutiques décourage la recherche en biotechnologie et d'autres recherches au Canada car elle donne l'impression que le gouvernement du Canada ne favorise pas la recherche. La *Loi* peut donner cette impression, mais elle n'a pas d'effets négatifs importants sur la rentabilité des innovations pharmaceutiques canadiennes parce que ces recherches ont pour but de créer des produits qui seront vendus sur le marché mondial et non pas seulement au Canada. L'actuelle *Loi sur les brevets* ne constitue donc pas un obstacle financier à la recherche ou à la collaboration entre petites entreprises axées sur la recherche et les grandes multinationales pharmaceutiques.

Au cas où une découverte canadienne s'avérerait importante, elle pourrait faire l'objet d'une licence obligatoire au Canada. Toutefois, si les modifications à la législation sur les brevets et à l'administration de la *Loi* qui sont recommandées dans ce rapport étaient apportées, le fabricant du nouveau produit jouirait d'une période d'exclusivité d'au moins quatre ans au Canada. Par la suite, l'entreprise innovatrice recevrait de fortes redevances provenant des ventes du produit au Canada, en fonction surtout de ses principales dépenses de recherches au Canada. Cette entreprise serait donc adéquatement rémunérée par des redevances constituant une proportion élevée des ventes du produit sous licence au Canada.

La Commission est d'avis qu'il n'est pas nécessaire de prévoir des dispositions particulières pour protéger et encourager la recherche biotechnologique ayant trait à des produits pharmaceutiques au Canada. Le Canada ne semble pas présenter d'avantages particuliers pour la recherche chimique ou biotechnologique appliquée aux produits pharmaceutiques. Les dispositions proposées en matière de brevets et de redevances permettraient de toute façon aux entreprises de toucher une juste rémunération dans le cas où un produit aurait suffisamment de succès sur le marché pour faire l'objet d'une licence obligatoire.

Les octrois et les stimulants fiscaux que les gouvernements canadiens offrent pour appuyer la recherche et le développement au Canada ont fait l'objet de peu de commentaires dans les mémoires présentés à la Commission ou lors des audiences. On peut en déduire que les entreprises sont satisfaites de ces mesures, comme le conforment le mémoire de l'Association canadienne de l'industrie du médicament et d'autres mémoires qui recommandent que ces mesures ne soient pas modifiées.

Bien que la Commission juge que l'appui donné par l'État à la recherche dans l'industrie pharmaceutique soit adéquat, elle est d'avis qu'il faudrait modifier les programmes afin qu'ils correspondent mieux aux besoins particuliers des PME qui se consacrent à la recherche. Premier aspect négatif : ces entreprises ne peuvent profiter des encouragements fiscaux parce que bien souvent, elles ne font pas de profits, contrairement aux grandes multinationales bien établies. Deuxième aspect négatif : les octrois sont accordés pour des projets particuliers plutôt qu'en fonction du rendement antérieur des entreprises ou de leurs propres dépenses de recherches. Il faut alors créer des comités et affecter des fonctionnaires à l'évaluation des projets avant de recommander l'octroi des fonds, ce qui entraîne des retards difficiles à supporter pour les PME, une incertitude qui rend la planification difficile et des formalités administratives auxquelles elles sont mal préparées.

La Commission est d'avis que l'administration de l'aide à la recherche dans l'industrie pharmaceutique devrait être simplifiée, peut-être en versant une subvention qui augmenterait en proportion du rapport entre les dépenses de l'entreprise affectées à la recherche et ses ventes, de façon que les PME puissent s'en prévaloir plus facilement.

La Commission recommande aux ministères de faciliter l'admissibilité à l'aide financière de petites entreprises axées sur la recherche en révisant leurs politiques d'aide financière à la recherche pour la rendre plus simple, plus rapide, plus stable et plus prévisible.

Chapitre 13

Commerce international, prix de cession interne et tarifs

Entre 1970 et 1983, la valeur des livraisons d'articles fabriqués par l'industrie pharmaceutique au Canada a augmenté de 386 à 1 785 millions de dollars, soit quatre fois et demie. Au cours de la même période, les exportations sont passées de 35 à 144 millions de dollars, soit quatre fois leur valeur initiale, et les importations ont sextuplé, passant de 81 à 510 millions de dollars. La part des importations des entreprises de produits génériques représentait 5 pour cent environ des ventes totales et celle des exportations, plus de 8 pour cent.

L'augmentation relativement rapide des importations mérite une analyse. On peut attribuer cette augmentation à une baisse de la valeur du dollar canadien sur le marché international, étant donné que les prix de cession interne des principes actifs et des produits finis sont souvent établis de façon à couvrir les frais et à favoriser les profits de la société mère qui sont libellés en devises du pays d'origine de cette société. L'augmentation est peut-être attribuable au remplacement des importations de principes actifs en vrac dont la mise en forme pharmaceutique finale est effectuée au Canada par des importations de produits finis; cette situation entraînerait une baisse de la proportion de la consommation de produits canadiens fournis par le secteur manufacturier canadien. Enfin, cette augmentation est peut-être attribuable à une hausse des prix de cession interne visant à placer les paiements intra-sociétés dans une juridiction à imposition plus faible, à cause des variations du fardeau fiscal total entre le Canada et le pays d'origine de la société mère ou du transfert des transactions vers un refuge fiscal.

Aux fins de l'analyse, on a divisé la période en deux à cause d'un changement dans le classement des données statistiques. Au cours des premières années, de 1970 à 1978, la valeur des livraisons de produits domestiques au Canada a augmenté de 135 pour cent, tandis que celle des importations s'est accrue de 206 pour cent. Durant ces années, le dollar canadien s'est dévalorisé par rapport aux devises des principaux pays exportateurs de produits pharmaceutiques au Canada, selon une moyenne pondérée d'environ 17,5 pour cent. Sans cette dévalorisation, la valeur des importations en 1978 aurait été de 210 millions de dollars au lieu de 248

millions de dollars, qui représentent une augmentation de seulement 160 pour cent. La dévalorisation a donc été la cause principale de l'augmentation des importations en dollars canadiens par rapport à la production intérieure.

De 1978 à 1983, la valeur des livraisons de produits domestiques au Canada a augmenté de 96 pour cent et celle des importations, de 105 pour cent. Cette différence s'est accompagnée d'une baisse dans la proportion des importations de produits en vrac, comme l'indique le tableau 13.1, lesquelles ont augmenté de 65 pour cent, c'est-à-dire moins que les produits domestiques. Les importations de forme pharmaceutique se sont accrues de 137 pour cent. En 1978, les produits en vrac représentaient 45 pour cent des importations par comparaison à 36 pour cent en 1983. Au cours de ces années, il y a donc eu une augmentation de la valeur ajoutée dans le secteur manufacturier au Canada où peu de principes actifs ont été produits. Durant toute la période de 1970 à 1983, la part croissante du marché canadien alimentée par les importations a connu une légère hausse.

La troisième cause possible des variations des prix à l'importation est liée aux changements apportés au calcul des prix de cession interne intra-sociétés.

Prix de cession interne intra-sociétés

Lorsque les transactions internationales sont intégrées aux opérations d'une société unique, la valeur attribuée à ces transactions n'est pas établie par des prix sans lien de dépendance. Il s'agit alors de déterminer dans quelle mesure ces prix correspondent aux valeurs réelles. Quatre-vingt pour cent de la valeur de la production de l'industrie pharmaceutique canadienne est entre les mains de sociétés multinationales qui, pour la plupart, importent de leurs filiales à l'étranger une grande quantité de principes actifs mis en forme pharmaceutique au Canada et aussi de produits finis emballés ou en vrac qui sont ensuite distribués au Canada. Les prix établis pour ces transactions internationales intra-sociétés sont appelés «prix de cession interne».

Les prix de cession interne qui ne sont pas déterminés sans lien de dépendance dans un marché concurrentiel, peuvent être établis par la société qui effectue les transactions selon des objectifs ou des critères divers. Il peut arriver, dans certains cas, que les prix des principes actifs ou des produits finis ne correspondent qu'au coût de fabrication. Ainsi, ils ne tiennent pas compte de la valeur d'un brevet ou des frais de recherche, de commercialisation et d'administration centrale engagés par les sociétés multinationales. Ces prix sont semblables à ceux des produits achetés par les fabricants de produits génériques auprès de sociétés dans des pays qui ne reconnaissent pas les brevets. Dans la plupart des cas, les prix de cession interne comprennent, en plus des frais de fabrication, certains frais généraux assignés tels qu'une part des frais de recherche et développement et d'administration générale que l'on peut calculer de diverses façons.

Tableau 13.1

Importations de produits pharmaceutiques au Canada selon le pays d'origine 1970, 1978, 1983 (millions de $)

	1970	1978				1983			
	(1) Total	(2) Matières brutes ou en vrac	(3) (2) Pourcentage du total	(4) Forme pharmaceutique	(5) Total	(6) Matières brutes ou en vrac	(7) (6) Pourcentage du total	(8) Forme pharmaceutique	(9) Total
États-Unis		39	,32	82	121	53	,24	174	227
Royaume-Uni		12	,37	21	34	8	,14	53	61
Communauté économique européenne		26	,62	116	42	28	,41	41	69
Suisse		11	,62	17	60	45	,65	24	70
Japon		2	,27	1	3	4	,50	2	6
Autre		20	,62	12	32	43	,57	33	76
Total	81	111	,45	138	248	182	,36	327	510

La façon dont les prix de cession interne sont établis ne concernerait que la société, si ce n'était que les prix influent également sur la part que tirent les différents gouvernements des recettes fiscales engendrées par les activités de la société. Le niveau des prix de cession interne choisi par la société multinationale peut refléter une intention judicieuse de réduire les impôts au minimum en fixant les prix de façon à placer les profits dans une juridiction à imposition plus faible, y compris les refuges fiscaux.

La capacité de déplacer les profits d'un pays à l'autre par la manipulation des prix de cession interne dépend de nombreux facteurs juridiques et des taux d'imposition. Les différences entre les pays en matière d'impôt sur le revenu des corporations sont la principale source d'incitation au déplacement des profits par l'établissement des prix de cession interne. Les taux d'imposition critiques ne sont pas uniquement ceux qu'applique le gouvernement d'un pays; ils doivent représenter la somme des taux d'imposition les plus élevés des impôts fédéraux, provinciaux et municipaux applicables par rapport à ceux en vigueur dans d'autres pays. Les lois qui régissent l'impôt sur le revenu des corporations diffèrent à plusieurs égards d'un pays à l'autre. À titre d'exemple, citons l'admissibilité de certaines dépenses telles que les frais de gestion, l'intérêt et les dépenses en recherche et développement. Cette possibilité incite au déplacement de revenus vers les pays où ces dépenses peuvent être déduites. Le territoire géographique qu'un gouvernement particulier décide d'assujettir à l'impôt sur le revenu est une autre de ces différences.

La plupart des pays prélèvent un impôt sur les revenus de toutes provenances de l'entreprise installée dans leur territoire et de cette façon, ils incluent les profits des filiales étrangères, mais certains pays ne le font pas. Aucun gouvernement n'a encore adopté un régime fiscal unitaire en fonction duquel le pays où opère une filiale impose les revenus de la société mère, bien qu'aux États-Unis, certains États aient adopté cette pratique. Le gouvernement du Canada impose le revenu des filiales de sociétés établies au pays seulement lorsque le revenu est déclaré comme dividendes. Contrairement à d'autres pays, le Canada n'impose pas les gains de telles filiales, même lorsque celles-ci sont situées dans des territoires qui sont des refuges fiscaux. Cela permet à la société d'accumuler des gains à de faibles taux d'imposition et de tirer avantage du délai. Les retenues d'impôt, qui permettent aux gouvernements d'imposer les paiements d'intérêts et de dividendes des filiales aux sociétés mères, remplacent, en réalité, l'impôt personnel sur le revenu que doivent payer les sociétés résidents sur les investissements dans leurs compagnies nationales. Ces sociétés sont aussi imposées lorsque les dividendes ou les intérêts sont versés à la société mère à l'étranger à des taux et à des conditions qui varient d'un pays à l'autre. Il y a aussi des différences d'un pays à l'autre selon les régimes en vigueur : les pays accordent des crédits dans le calcul de l'impôt exigible relativement à l'impôt étranger payé par leurs filiales sur le revenu de la société mère et retiennent l'impôt exigible qu'engendre le rapatriement des gains réalisés à l'étranger.

Après l'impôt sur le revenu des corporations, viennent souvent en importance les droits de douanes et d'accises applicables aux prix de cession

interne des biens faisant l'objet de commerce international. Une augmentation du prix de cession interne des produits importés au Canada réduit l'impôt exigible des sociétés canadiennes ainsi que les profits, puisqu'elle réduit le revenu canadien en augmentant le revenu étranger. Par contre, l'augmentation des prix de cession interne entraîne celle des droits d'importation payables au Canada. Donc, en règle générale, l'impôt sur le revenu et les droits de douanes créent des stimulants opposés en ce qui concerne la manipulation des prix de cession interne. Le résultat net dépend de la différence entre les régimes fiscaux en vigueur dans les deux pays et du niveau de droits de douanes. Ces derniers, contrairement à l'impôt sur le revenu payé à l'étranger, ne peuvent être déduits à titre de crédit d'impôt de la dette fiscale totale de la société mère.

Le tableau 13.2 présente un résumé des taux de l'impôt sur le revenu des corporations dans les provinces de Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique où la production de produits pharmaceutiques est importante. Les taux d'impôts combinés fédéraux et provinciaux sur les revenus des corporations au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique étaient respectivement de 39,5 pour cent, 44,5 pour cent et 47,5 pour cent en 1982. On trouvera au tableau 13.3 un résumé des lois qui régissent l'impôt sur le revenu des corporations dans de nombreux pays y compris les États-Unis, la Suisse, la Grande-Bretagne et Porto Rico d'où proviennent la plupart des produits pharmaceutiques importés au Canada. Les importations de produits pharmaceutiques figurent au tableau 13.4.

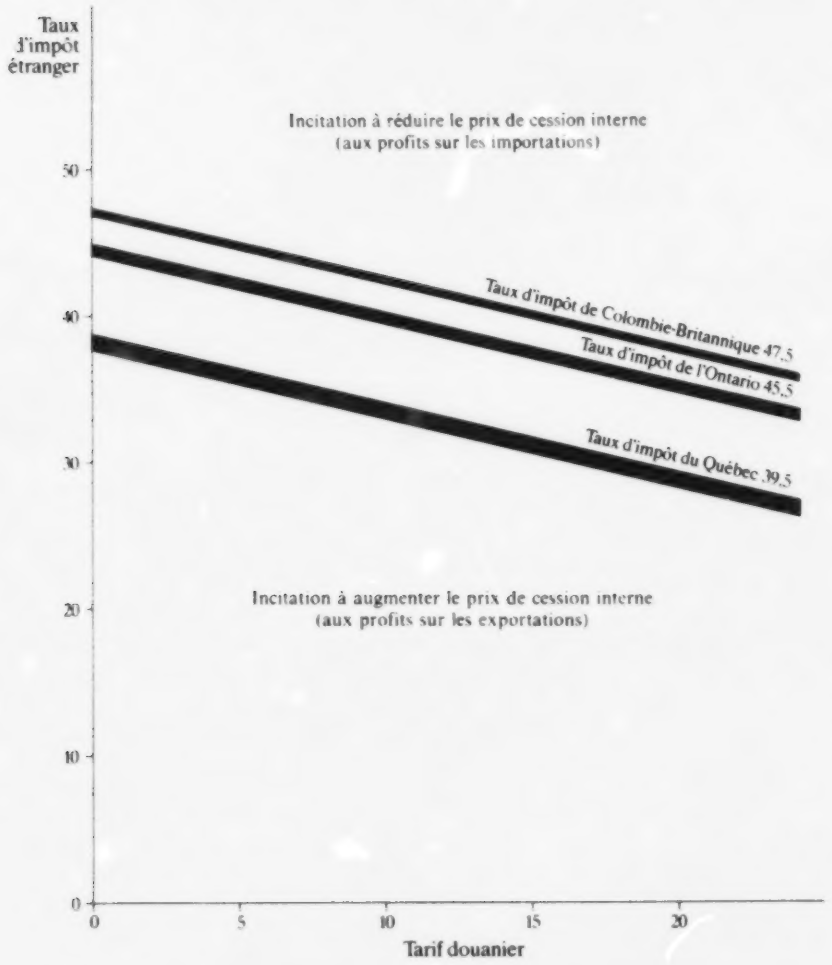
La figure 13.1 illustre le rapport entre les taux d'impôts étrangers et les niveaux possibles des tarifs canadiens qui inciteraient à augmenter ou à baisser les prix de cession interne à l'importation au Canada, pour les filiales canadiennes assujetties à l'impôt dans les trois provinces. Il est évident que le tarif canadien dont la moyenne actuelle est d'environ 10 pour cent réduit l'incitation à transférer les bénéfices hors du Canada au moyen de la manipulation des prix de cession interne et encourage à mettre les profits au Canada.

On a fait une comparaison estimative des incitatifs à l'augmentation ou à la diminution des prix de cession interne au Canada en comparant l'impôt exigible au Canada, y compris le total des impôts sur les sociétés et des droits tarifaires de 10 pour cent à l'importation, aux impôts exigibles dans d'autres pays et aux autres incitatifs. Les résultats figurent au tableau 13.5. Ainsi, parmi les principaux pays fournisseurs, l'impôt net est plus élevé aux États-Unis qu'au Canada, ce qui favoriserait l'abaissement des prix de cession interne et l'accroissement des revenus au Canada. La situation est inverse en Suisse et à Porto Rico, ce qui favoriserait l'augmentation des prix de cession interne. Il n'a pas été possible de faire de comparaison avec le fardeau fiscal du Royaume-Uni en raison des différences régionales dans ce pays.

La Commission a voulu savoir si ces incitatifs fiscaux avaient vraiment été à l'origine de prix de cession interne plus élevés ou d'un déplacement des installations des pays fournissant des produits pharmaceutiques pour une

Figure 13.1

Rapport entre les taux d'imposition étrangers et le tarif canadien



La formule pour le calcul du taux d'impôt critique est la suivante:

Taux d'impôt étranger = taux d'impôt canadien − (1 − taux d'impôt canadien) tarif douanier canadien

somme élevée au Canada et offrant des avantages fiscaux par rapport au Canada, était passée de 20 à 27 pour cent entre 1980 et 1983. Ces pays sont les Bahamas, Hong Kong, l'Irlande, l'Italie, Porto Rico, l'Espagne et la Suisse. Les résultats ne font pas de distinction entre l'augmentation de la valeur des importations attribuable à la hausse des prix de cession interne et l'augmentation attribuable au déplacement des installations de production.

Tableau 13.2

Taux d'imposition marginal sur la fabrication et le traitement au Canada, 1982

A. Impôt fédéral	
Taux fédéral de base	46
Dégrèvement	10
Déduction pour la fabrication et le traitement	6
	30
Surtaxe (réduction)	1,5
Taux fédéral net	31,5
B. Impôt provincial compris	
Québec	39,5
Ontario	44,5
Colombie-Britannique	47,5

Le tableau 13.6 donne les résultats d'une deuxième étude comparative, cette fois entre les profits de filiales canadiennes et ceux de la société mère pour deux groupes de pays. Pour l'un des groupes, les stimulants fiscaux nets servent à abaisser les prix de cession interne au Canada afin d'accroître les profits canadiens et de réduire les profits étrangers; pour l'autre groupe, les stimulants ont un effet contraire, faisant augmenter les prix de cession interne afin de déplacer les profits à l'étranger. Des données adéquates sur les filiales canadiennes et les sociétés mères étaient disponibles pour 23 entreprises. Dans le cas des 19 entreprises, la société mère se trouvait dans des juridictions à impôt net élevé et pour quatre autres, la société mère se trouvait dans des juridictions à faible imposition. Il s'avère que les profits des filiales canadiennes, comparés à ceux de la société mère, sont sensiblement plus élevés pour le premier groupe que pour le deuxième. Ce résultat statistique serait attribuable à des facteurs aléatoires dans moins d'un cas sur 50.

Cette preuve statistique indique que les entreprises pharmaceutiques multinationales sont capables de déplacer leurs profits au moyen des prix de cession interne, et elles le font. À cela, viennent s'ajouter des cas particuliers où les prix de cession interne demandés aux filiales canadiennes ont augmenté considérablement lorsque la source ou le paiement se sont déplacés vers des juridictions à faible imposition. L'effet global de ces activités sur les profits et sur les recettes fiscales au Canada n'a pu être évalué. Néanmoins, étant donné que le tarif canadien est un obstacle au déplacement des recettes fiscales et des profits canadiens vers l'étranger, il devrait être maintenu à défaut d'une justification contraire.

Tableau 13.3

Dispositions de la loi concernant l'impôt sur le revenu des sociétés applicables aux grandes entreprises, 1983

Pays	Taux de base			Impôt des filiales			État/localité/province			Retenue à la source		Impôt étranger		Stimulants spéciaux
		R	NR	Imm.	Réc.	Spécial	Taux	Crédit	Déd.	Impôts accumulés	Canada	Déd.	Crédit	
Australie	m	46	46	—	x	—	—	—	—	30	15	—	x	
Autriche	m	27,5	55	—	x	—	14	—	x	20	15	—	x	
Bahamas	m	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Barbade	m	48	48	—	x	—	—	—	—	40	15	—	x	oui
Belgique	m	45	45	—	x	—	—	—	—	20	15	—	x	
Brésil	m	35	60	—	0	—	—	—	—	25	15	—	—	
Danemark	m	40	40	—	x	—	—	—	—	30	15	—	x	
Rép. Dom.	m	41	41	—	0	—	—	—	—	18	18	—	—	oui
Finlande	m	43	43	—	x	—	13 à 19	—	x	25	15	—	x	
France	l(m)	50	50	—	—	Refuge fisc.	—	—	—	25	15	—	—	
RFA	m	36	56	—	x	Refuge fisc.	11 à 18	—	x	25	15	—	x	
Hong Kong	m	16,5	16,5	—	0	—	—	—	—	0	0	—	—	
Irlande	m	50	70	—	x	—	—	—	—	0	0	—	x	oui
Italie	m	38,8	38,8	x	—	—	—	—	—	30	15	—	x	
Jamaïque	m	45	45	—	x	—	—	—	—	37,5	32,5	—	x	oui
Japon	m	Varié	(Élevé)	x	—	—	—	—	x	20	15	—	x	
Pays-Bas	m	48	48	—	traité	—	—	—	—	25	15	—	Traité	
Norvège	m	51	51	—	x	—	—	—	—	25	15	—	x	
Portugal	m	40	52	—	x	—	—	—	—	18	15	—	x	oui
Porto-Rico	m	45	45	—	x	—	—	—	—	25	25	—	Traité	oui
Singapour	m	40	40	—	x	—	—	—	—	0	0	—	x	oui
Espagne	m	33	33	—	x	—	—	—	—	16	15	—	x	
Suède	l	60	60,4	—	0	—	Inclus	—	—	30	15	—	—	
Suisse	l	Varie	(Bas)	—	0	—	—	—	—	35	15	—	—	
Royaume-Uni	m	52	52	—	x	—	—	—	—	0	0	—	x	oui
États-Unis	m	46	46	—	x	—	0 à 12	—		30	15	—	x	

Abréviations : R = bénéfices répartis NR = bénéfices non répartis Imm. = immédiat Réc = récupération x = applicable 0 = aucun m = mondial l = local Refuge fiscal = impôt accumulé des filiales dans un refuge fiscal.
oui = période d'exemption de 3 à 30 ans dans certaines régions.

Source : Price Waterhouse & Cie, *Corporate Taxes, A Worldwide Survey* (1913) (New York, 1983)

Tableau 13.4

Importations de produits pharmaceutiques, 1980 et 1983

Pays d'origine	Importations—milliers de $		Pourcentage des importations	
	1980	1983	1980	1983
Australie	1 910	3 055	0,5	0,6
Belgique/Luxembourg	4 966	3 317	1,4	0,7
Bahamas	1 661	2 576	0,5	0,5
Brésil	173	1 807	—	0,4
République populaire de Chine	1 435	4 020	0,4	0,8
Danemark	5 904	3 202	1,6	0,7
France	9 792	6 737	2,7	1,4
République fédérale d'Allemagne	16 981	24 860	4,7	5,2
Hong Kong	1 215	2 227	0,3	0,5
Irlande	3 131	7 293	0,9	1,5
Italie	8 858	9 537	2,5	2,0
Japon	8 511	6 958	2,4	1,5
Mexique	2 347	2 247	0,7	0,5
Pays-Bas	1 917	2 053	0,5	0,4
Norvège	5 850	86	1,6	—
Porto-Rico	27 503	38 320	7,6	8,0
Suède	6 334	8 435	1,8	1,8
Espagne	842	3 223	0,2	0,7
Suisse	23 916	60 416	6,6	12,7
Royaume-Uni	48 546	56 896	13,5	11,9
États-Unis	172 500	223 832	47,9	46,9
Yougoslavie	1 086	570	0,3	0,1
Autres (moins de 1 million de $)	6 374	5 809	1,8	1,2
Total	359 752	477 387		

Source : Statistique Canada, *Importations* (n° 65-207 au catalogue), 1980, 1983

Le tarif canadien

Les tarifs ont trois effets principaux : ils augmentent le prix du produit importé et de ses substituts produits localement dans le marché protégé et ils incitent à déplacer le lieu de production de l'étranger vers le marché protégé par le tarif douanier. Les prix plus élevés réduisent la consommation. Les tarifs sont aussi une source de revenu pour le gouvernement parce qu'ils constituent une taxe sur les autres importations.

Le déplacement du lieu de production entraîne habituellement une diminution de la productivité à l'échelle mondiale puisque si l'état n'intervenait pas, la production se ferait là où les coûts sont les plus bas. Si le déplacement ne produit aucun effet, le tarif est censé déplacer la production du lieu où les coûts sont les moins élevés vers le marché protégé. En effet, les tarifs augmentent les prix pour les consommateurs et sauf quelques rares exceptions,

Tableau 13.5

Comparaison des impôts à verser au Canada et dans d'autres pays

	Base	Taux d'imposition des sociétés en question	Exonérations fiscales temporaires	Stimulants à la		Indéterminé
				baisse des prix de cession interne	hausse des prix de cession interne	
Afrique du Sud	L	46,2	Non	X		
Argentine	L	53	Oui		X	
Australie	M	46	Non	X		
Autriche	M	27,5-55	Non	X		
Bahamas	M	0	p.c.s.		X	
Barbade	M	48	Oui		X	
Belgique/Luxembourg	M	45	Non	X		
Bermudes	0	0	Non		X	
Brésil	L	35-60	Non	X		
Bulgarie		p.c.s.		X		
Chili	M	37			X	
Chine (R.P.)		p.c.s.		X		
Colombie	M	40	Non			X
Corée du Sud	M	33	Oui		X	
Danemark	M	40	Non		X	
Égypte	M	32	Oui		X	
Espagne	M	33	Non		X	
États-Unis	M	46-53	Non	X		
Finlande	M	43	Non	X		
France	L	50	Non	X		
Haïti						X
Hong Kong	L	16,5	Non		X	
Hongrie		p.c.s.		X		
Îles-Vierges (É.-U.)	L		Non	X		
Inde	M	55-60	Oui		X	
Indonésie	M	35	Non		X	
Irlande	M	50-70	Oui		X	
Israël				X		
Italie	M	38,8	Non		X	
Jamaïque	M	45	Oui		X	
Japon	M	50	Non	X		
Mexique	M	50	Non	X		
Norvège	M	51	Non	X		
Nouvelle-Zélande	M	45	Non	X		
Panama	L	50	Oui		X	
Pays Bas	M	48	Non	X		
Pologne		p.c.s.		X		
Portugal	M	40-52	Oui		X	
Porto-Rico	M	45	Oui		X	
R.F.A.	M	36-56	Non	X		

Table 13.5 (suite)

Comparaison des impôts à verser au Canada et dans d'autres pays

	Base	Taux d'imposition des sociétés en question	Exonérations fiscales temporaires	Stimulants à la baisse des prix de cession interne	Stimulants à la hausse des prix de cession interne	Indéterminé
Roumanie		p.c.s.		X		
Royaume-Uni	M	52	Oui			X
Singapour	M	40	Oui		X	
Suède	L	60,4	Non	X		
Suisse	L	Bas	Non		X	
Taiwan	M	35	Oui		X	
Tchécoslovaquie		p.c.s.		X		
Trinidad-Tobago	M	45	Oui		X	
Turquie	M	40	Oui		X	
Uruguay	L	30	Non		X	
URSS	M	p.c.f.		X		
Yougoslavie		p.c.f.		X		

p.c.s. = pas de chiffre significatif

Note : Dans le tableau 13.5 figurent les pays d'où le Canada a importé des quantités importantes de produits pharmaceutiques entre 1980 et 1983. Le tableau indique le taux d'imposition de base, les taux d'imposition pertinents et l'existence (ou l'absence) d'exonération fiscale temporaire (Price Waterhouse, *Corporate Taxes – A Worldwide Survey*, New York, 1980). Dans les trois dernières colonnes, on indique les stimulants à la baisse ou à la hausse du prix de cession interne, basés sur le taux d'imposition; lorsqu'il existe des exonérations fiscales temporaires, on suppose que l'entreprise est admissible. Il y a exonération fiscale temporaire dans la plupart des cas où il y a incitation à augmenter les prix de cession interne. Les économies dirigées d'Europe de l'est et d'Asie procurent des stimulants qui font baisser les prix de cession interne en dépit de l'absence d'un taux d'imposition important, étant donné la pénurie persistante de monnaies fortes. L'évaluation est la même pour Israël.

ils réduisent la consommation en deçà du niveau qui serait enregistré en leur absence. Cela limite le consommateur dans son pouvoir de négociation et l'incite à acheter moins de produits surtaxés qu'il ne le ferait si le prix reflétait les coûts de production. Dans la mesure où les importations se maintiennent malgré le tarif douanier, le gouvernement en tire un revenu sur les marchandises importées, ce qui n'est pas forcément une méthode équitable d'imposition.

Ces effets de distortion causés par le tarif douanier sont négligeables dans le cas de l'importation au Canada de principes actifs de médicaments qui représentent environ les deux tiers des importations globales de produits pharmaceutiques. Le déplacement du lieu de production qui est encouragé par le tarif douanier a été négligeable dans le cas des principes actifs. Il semble qu'il y ait très peu de production de principes actifs au Canada, ce qui explique que le tarif canadien n'ait pas favorisé la production de principes actifs au pays, production négligeable d'après les normes mondiales.

Tableau 13.6

Exemple de Statistique : Examen des profits réalisés en 1982 par la société mère et la filiale

	n	Moyenne	Écart-type[a]
Taux d'imposition favorisant la réduction du prix de cession interne:[d]	19	2,61	4,16
Taux d'imposition favorisant une augmentation du prix de cession interne:[e]	4	−,74	4,36
$\acute{E}_d$	=	1,188[b]	
rapport t	=	2,82[c]	

[a] Écarts-types de la population, calculés à partir des données de l'échantillon:

$$\acute{E} = \frac{1}{n-1} [\Sigma(x_i - x)^2]$$

où

x_i = la $i^{ième}$ observation

x = la moyenne de l'échantillon

n = le nombre d'observations dans l'échantillon [$(n-1)$ = le nombre de degrés de liberté de l'estimation]

[b] $\acute{E}_d$ est l'écart-type de la différence entre deux échantillons de moyenne x_1 et x_2, de taille n_1 et n_2 et d'écart-type E_1, et E_2.

$$\acute{E}_d = \sqrt{\frac{n_1 + n_2}{n_1 n_2} \times \frac{n_1 \acute{E}_1^2 + n_2 \acute{E}_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Ces valeurs statistiques sont réparties selon la distribution de «t» de Student's avec $(n_1 + n_2 - 2)$ degrés de liberté.

[c] La valeur de t est calculée d'après la formule suivante:

$$t = \frac{x_1 - x_2}{\acute{E}_d}$$

Le tarif canadien applicable aux principes actifs a sans doute accru les coûts de production des produits finis au Canada et les prix de ces produits. Pourtant, il est généralement reconnu que le rapport quantité-prix des médicaments est assez faible. Cela s'explique par le peu de renseignements fournis aux consommateurs au sujet des médicaments et par le fait que 90 pour cent des médicaments consommés au Canada le sont par des personnes qui ne paient pas leurs médicaments ou qui en paient une faible part puisqu'ils sont remboursés par le gouvernement ou par des assurances privées. Le tarif douanier a donc peu d'effet sur le choix du consommateur.

Tableau 13.6 (suite)

La valeur calculée de t est 2,52 au seuil de 2 % avec 21 degrés de liberté. Les probabilités que les deux populations n'aient pas la même moyenne sont supérieures à 50 pour 1, selon la valeur calculée de t.

[d] Entreprises faisant partie de l'échantillon «diminution des prix de cession interne»:

Entreprise	Société mère	Pays
Organon	Akzo	P.-B. via É.-U.
Ayerst	American Home Products	É.-U.
Wyeth	American Home Products	É.-U.
Astra	Astra	Suède
Boehringer Ingelheim	Boehringer Ingelheim	RFA
Beecham	Beecham	R.-U.
Bristol-Myers	Bristol-Myers	É.-U.
Cyanamid	Cyanamid	É.-U.
Merrell	Dow Chemical	É.-U.
Pharmacia	Fortia	Suède
Hoechst	Hoechst	RFA
Rorer	Rorer	É.-U.
Roussel	Roussel	RFA via France
Schering	Schering-Plough	É.-U.
Smith Kline & French	SmithKline	É.-U.
Squibb	Squibb	É.-U.
Syntex	Syntex	É.-U.
Burroughs Wellcome	Wellcome	R.-U.
Eli Lilly	Eli Lilly	É.-U.

[e] Entreprises faisant partie de l'échantillon «Augmentation des prix de cession internes»:

Entreprise	Société-mère	Pays
Ciba-Geigy	Ciba-Geigy	Suisse
Fisons	Fisons	R.-U.*
Hoffman-La Roche	Roche	Suisse
Sandoz	Sandoz	Suisse

*Fisons, entreprise R.-U., a été incluse dans l'échantillon «Augmentation des prix de cession interne» à cause de la proportion de son activité dans des secteurs de développement offrant des stimulants fiscaux particuliers au R.-U. et en Irlande.

La plupart des médicaments qui sont achetés sont payés par des impôts et des primes d'assurance. La plupart des consommateurs paient ces impôts sous forme de droits à l'importation des produits pharmaceutiques, non en fonction de leur consommation de médicaments, mais en fonction d'une imposition ou de primes plus uniformes qui ne jouent pas contre eux. C'est pourquoi l'injustice fiscale qui est implicite dans l'impôt associé aux choix du consommateur s'applique moins aux tarifs pour les produits pharmaceutiques que pour d'autres produits en général.

Le même genre d'analyse s'applique aux importations de produits finis en vrac ou emballés. Les droits payés sur les produits importés reflètent principalement les remboursements par assurance qui touchent la grande

majorité des consommateurs canadiens et leurs effets sont semblables à ceux de la taxe de vente. Le prix plus élevé du médicament n'influe pas beaucoup sur la quantité de médicaments consommés en raison des nombreux facteurs qui poussent le consommateur à l'indifférence à cet égard.

Le tarif augmente le coût de l'importation de médicaments finis par rapport à la fabrication locale de forme pharmaceutique finale, et il pourrait en résulter une fabrication au Canada qui dépasserait l'utilisation efficace de nos ressources. Cependant, la conséquence de la protection tarifaire des produits pharmaceutiques est semblable à celle des droits sur l'importation au Canada d'autres produits fabriqués. La Commission estime que le tarif sur les importations de produits pharmaceutiques finis doit être examiné dans le cadre de la structure tarifaire applicable à toutes les marchandises et des négociations tarifaires avec d'autres pays.

Il faut également s'arrêter à une autre partie de la politique tarifaire canadienne, c'est-à-dire à la *Loi sur les mesures spéciales d'importation* adoptée en 1984 en remplacement de la *Loi anti-dumping*. De façon générale, le dumping est une pratique adoptée par un exportateur qui fixe le prix des marchandises qu'il exporte à un niveau plus bas que celui des marchandises qu'il vend au pays. La plupart des pays, dont le Canada, cherchent à prévenir l'importation de telles marchandises lorsqu'il y a risque d'affecter les producteurs locaux en imposant des droits anti-dumping qui compensent l'écart entre les deux prix. Les gouvernements ne tiennent généralement pas compte des avantages rattachés à l'importation de produits peu coûteux pour les consommateurs et pour les fabricants qui utilisent ces produits pour la fabrication d'autres produits, ni du risque que les pays étrangers s'en prennent aux produits qui entrent chez eux.

L'article 14 de la *Loi sur les mesures spéciales d'importation* et l'article 7 de la *Loi anti-dumping* disent que le Gouverneur en conseil peut adopter un règlement pour soustraire toutes marchandises ou toute catégorie de marchandises à l'application de la *Loi*, levant ainsi la possibilité que des mesures anti-dumping soient prises à l'égard de produits importés. La seule exception importante prévue à l'article 7 de l'ancienne *Loi* visait un type de produits pharmaceutiques qui n'est pas fait ou produit au Canada. Cette disposition n'a pas été retenue lors de l'adoption du nouveau Règlement sur les mesures spéciales d'importation.

Les prix de certains médicaments varient considérablement entre les marchés nationaux en raison de politiques gouvernementales différentes affectant l'industrie par le biais de mesures de contrôle des prix, de subventions, de conditions imposées pour les brevets et d'autres mesures. Ainsi, le niveau des prix des médicaments au Canada est plus bas que dans certains pays et plus élevé que dans d'autres. Dans le contexte d'un marché mondial des médicaments, fragmenté par des politiques nationales différentes, il semble injuste de limiter les exportations en provenance de pays où les prix sont élevés et destinés au Canada en appliquant des droits anti-dumping. Les coûts des fabricants dans des pays à prix élevés comme l'Allemagne de l'Ouest et la

Suisse ne sont pas nécessairement élevés, mais la menace de mesures anti-dumping risque de freiner les exportations vers le Canada et d'empêcher les consommateurs d'en profiter.

La Commission estime que l'exemption qui s'appliquait aux produits pharmaceutiques en vertu de la *Loi anti-dumping* abrogée en 1984 devrait aussi s'appliquer en vertu de la *Loi sur les mesures spéciales d'importation*.

Il est remarquable que les représentants de l'industrie et des consommateurs attachent peu d'importance au tarif canadien bien qu'on en ait fait état dans quelques mémoires et au cours des audiences par la Commission.

En résumé, le tarif canadien sur les importations de produits pharmaceutiques a probablement moins d'effet sur le lieu de production et certainement moins d'effet sur la consommation de médicaments que sur la plupart des autres produits. Il contribue à réduire les stimulants offerts par le régime fiscal au Canada et à l'étranger, il encourage le transfert des profits à l'étranger au moyen des prix de cession interne, au détriment des recettes fiscales canadiennes. La Commission ne recommande pas de changement des tarifs douaniers applicables aux importations de produits pharmaceutiques hors du cadre des négociations générales avec des pays étrangers.

Quant aux tarifs étrangers, qui touchent l'exportation de produits pharmaceutiques canadiens, ils ont sans doute un effet négatif sur le secteur de fabrication canadien. Cela est particulièrement vrai pour la production de principes actifs qui se caractérise par des économies d'échelle substantielles. Par exemple, des entreprises multinationales ont l'habitude de concentrer la production de principes actifs dans un très petit nombre d'usines pour répondre à la demande du marché mondial. À moins d'un petit pays qui offrirait des avantages en compensation, il est préférable que les installations nécessaires à la production de principes actifs soient dans des zones libres de tarif ou se trouve une grande partie de la consommation mondiale, comme les États-Unis (y compris Porto Rico), et les pays de la Communauté économique européenne.

La Commission a appris au cours de ses audiences que les fabricants canadiens de principes actifs jouissent d'un avantage temporaire dans le secteur de fabrication de principes actifs pour lesquels des licences obligatoires ont été attribuées. Cet avantage existe parce que la production pourrait être établie au Canada pour répondre à la demande du marché canadien et pour répondre aux demandes éventuelles des fabricants de produits génériques mis en forme pharmaceutique finale en vue de l'exportation, lorsque les brevets des produits viennent à échéance dans les pays étrangers. Cet avantage éventuel pourrait être accentué si les tarifs étrangers étaient abaissés ou supprimés. Il faudrait tenir compte de ce facteur dans les négociations internationales sur les tarifs.

Chapitre 14

Conclusion

À la suite de l'examen et de l'analyse de l'industrie pharmaceutique au Canada, la Commission en vient à la conclusion que l'orientation de la politique du secteur public concernant l'industrie pharmaceutique au fil des ans est appropriée. Les principaux éléments en sont la réglementation en matière de santé visant à s'assurer de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments, l'octroi de licences obligatoires à l'importation pour faciliter l'implantation de nouvelles entreprises dans le secteur de la fabrication des produits finis et pour augmenter la concurrence par les prix, et la réglementation provinciale sur la substitution et la sélection des médicaments par les pharmaciens au profit des consommateurs qui bénéficient au moins en partie de la possibilité de prix moins élevés en raison de l'octroi de licences obligatoires.

Malgré le succès considérable de cette politique, la Commission recommande quelques modifications majeures. Le processus qui mène à l'autorisation de la commercialisation devrait être plus rapide et être plus consultatif. Les conditions d'octroi des licences obligatoires devraient faire en sorte que les entreprises titulaires de licences paient leur part des dépenses de recherche et développement et de promotion dont elles bénéficient. Les redevances devraient être payées aux entreprises titulaires de brevets de façon à encourager la recherche au Canada. Les régimes de remboursement provinciaux devraient mieux informer les consommateurs des médicaments qui peuvent être substitués, leur donner plus de détails sur les prix et les encourager à acheter des médicaments moins chers.

Ces mesures accéléreraient l'introduction de nouveaux médicaments, encourageraient la recherche au Canada et feraient bénéficier les consommateurs des avantages éventuels de la politique actuelle.

Une telle politique canadienne modifiée pour l'industrie pharmaceutique attirerait au Canada plus de production et de recherche pharmaceutiques. Le Canada offrira plus d'attraits à l'industrie pharmaceutique, par comparaison aux autres pays, car la tendance des gouvernements de la plupart des pays industrialisés est d'intervenir de plus en plus directement et énergiquement dans les activités de l'industrie pharmaceutique. Ces interventions visent à restreindre le nombre de médicaments qui sont remboursés par le gouvernement, limitant ainsi les profits de l'industrie et la liberté de prescription des médecins, à imposer des contrôles stricts sur les prix, à réduire les dépenses de

publicité et à substituer des produits génériques aux produits de marque. Ces programmes, depuis longtemps instaurés en France, en Italie et en Belgique, se répandent et deviennent plus rigoureux dans des pays comme le Royaume-Uni et l'Allemagne de l'Ouest qui, traditionnellement, offraient des conditions particulièrement favorables aux entreprises titulaires de brevets. La plupart de ces restrictions ne s'appliquent pas au Canada.

Le milieu plus favorable que l'on trouve au Canada, ainsi que l'accroissement de la demande de médicaments causée par le vieillissement de la population canadienne, entraîneront probablement une augmentation de la fabrication des produits finis, une augmentation considérable de la recherche clinique et peut-être une certaine augmentation du volume de recherche fondamentale dans l'industrie pharmaceutique. L'avenir est prometteur pour le secteur de la recherche basée sur la nouvelle technologie dans des domaines qui sont particulièrement importants et où le Canada excelle, tels que l'application de la biotechnologie à l'élevage par exemple. Les Canadiens peuvent se perfectionner dans des spécialités où leur recherche est excellente. Mais, de l'avis de la Commission, le Canada n'est pas bien placé pour devenir un centre mondial important en matière de recherche pharmaceutique ou de production de principes actifs chimiques.

ANNEXE A

Liste des mémoires

Voici la liste alphabétique des personnes et des organisations qui ont présenté un mémoire à la Commission d'enquête sur les produits pharmaceutiques.

Nom	Mémoire n°
ABBOTT LABORATORIES, LIMITED M. Martin McGlynn Président et directeur général Abbott Laboratories, Limited 5400, chemin Côte de Liesse Montréal (Québec) H4P 1A5	88
ACT FOUNDATION OF CANADA M^me^ S.E. Clarke Directeur administratif Act Foundation of Canada C.P. 15937, Succursale F Ottawa (Ontario) K2C 3S8	101
A.H. ROBINS CANADA INC. M. Harold M. Roman Président A.H. Robins Canada Inc. 2360 Southfield Mississauga (Ontario) L5N 3R6	104
ALBERTA PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (THE) M. Larry J. Shipka Secrétaire-trésorier Alberta Pharmaceutical Association (The) 10615-124 Street Edmonton (Alberta) T5N 1S5	39
ALLERGAN INC. M. Gordon Politeski Président Allergan Inc. 2255 Sheppard Ave. East Suite 414 West Willowdale (Ontario) M2J 4Y3	69

Nom	Mémoire n°
ALLERGY INFORMATION ASSOCIATION M^me^ M. Susan Daglish Directrice exécutive Allergy Information Association 7-25 Poynter Drive Weston (Ontario) M9R 1K8	60
ANAQUEST E. Michael Koshowski Directeur national Anaquest Division of BOC Inc. 1 Vulcan Street, Suite 201 Rexdale (Ontario) M9W 1L3	99
ARCHAMBAULT, Professeur André Université de Montréal Faculté de Pharmacie Pavillon Principal S728 Montréal (Québec) H3C 3J7	26
ASSOCIATION CANADIENNE DES CONSOMMATEURS M. Robert S. Best Agent principal de recherche Politique et activités de l'Association Association canadienne des consommateurs C.P. 9300 Ottawa (Ontario) K1G 3T9	65
ASSOCIATION CANADIENNE DES FABRICANTS DE MÉDICAMENTS M. Guy Beauchemin Président Association canadienne des fabricants de médicaments 500-1111, prom. Prince of Wales Ottawa (Ontario) K2C 3T2	96
ASSOCIATION DES FACULTÉS DE PHARMACIE DU CANADA M. Jacques Gagné Président Association des Facultés de Pharmacie du Canada Université de Montréal C.P. 6128, Succursale A Montréal (Québec) H3C 3J7	57
ASSOCIATION DES GROSSISTES EN MÉDICAMENT DU CANADA M. Desmond Lartigue Président Association des grossistes en médicament du Canada 2055, rue Peel Suite 1100 Montréal (Québec) H3A 3B8	41

Nom	Mémoire n°
ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA M. Jean-Claude Martin Président Association des hôpitaux du Canada 100-17, rue York Ottawa (Ontario) K1N 9J6	78
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES CANADIENNES Mme Ginette Rodger Directrice exécutive Association des infirmières canadiennes 50 The Driveway Ottawa (Ontario) K2P 1E2	126
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE Dr Raymond Robillard Directeur général L'Association des médecins de langue française du Canada 510-1440 ouest, rue Sainte-Catherine Montréal (Québec) H3G 2P9	108
ASSOCIATION DES PHARMACIENS COMMUNAUTAIRES DU CANADA M. D.A. Manore Secrétaire administratif Association des pharmaciens communautaires du Canada 321, rue Kerr Oakville (Ontario) L6K 3B6	81
ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (L') M. J.L. Chouinard Directeur des services administratifs Association médicale canadienne C.P. 8650 Ottawa (Ontario) K1G 0G8	119
ASSOCIATION OF DEANS OF PHARMACY OF CANADA a/s Dr. John W. Steele Doyen, Faculty of Pharmacy University of Manitoba Winnipeg (Manitoba) R3T 2N2	55
ASSOCIATION OF MEDICAL MEDIA (THE) M. Charles E. O'Hearn Président Association of Medical Media (The) c/o The Medical Post 777 Bay Street Toronto (Ontario) M5W 1A7	46

Nom	Mémoire n°
ASSOCIATION OF THE BRITISH PHARMACEUTICAL INDUSTRY (THE) M. A.D.W. Massam Secrétaire Association of the British Pharmaceutical Industry (The) 12 Whitehall Londres, Angleterre SW1A 2DY	33
ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE CANADIENNE M. Leroy Fevang Directeur exécutif Association pharmaceutique canadienne 101-1815, prom. Alta Vista Ottawa (Ontario) K1G 3Y6	5
ASTRA PHARMACEUTICALS CANADA LTD. M. G. McDole Vice-président directeur Astra Pharmaceuticals Canada Ltd. 1004 Middlegate Road Mississauga (Ontario) L4Y 1M4	110
AYERST, MCKENNA & HARRISON, INC. M. D. Donald Davies Président du Conseil Laboratoires Ayerst 1025, boul. Laurentien Saint-Laurent (Québec) H4R 1J6	98
BARSKY, Dr. Percy Associate Professor of Pediatrics University of Manitoba Children's Hospital 678 William Avenue Winnipeg (Manitoba) R3E 0W1	8
BEECHAM LABORATORIES INC. M. E.R. Chouinard Président et directeur général Beecham Laboratories Inc. 115, boul. Brunswick Pointe Claire (Québec) H9R 1A4	97
BELL, M. Ronald G. 1222 Pulpit Road Peterborough (Ontario) K9K 1H5	28

Nom	Mémoire n°
BIO-MEGA, INC. M. Louis Riopel Président Bio-Mega, Inc. 1, Complexe Desjardins, Bureau 3804 C.P. 158 Montréal (Québec) H5B 1B3	138
BIO-RESEARCH LABORATORIES LTD. M. Michael F. Ankcorn President Bio-Research Laboratories Ltd. 87, chemin Senneville Senneville (Québec) H9X 3R3	105
BRISTOL-MYERS CANADA INC. M. Mitchell P. Cybulski Président Bristol-Myers Pharmaceutical Group Div. of Bristol-Myers Canada Inc. C.P. 6313, Succursale J Ottawa (Ontario) K2A 3Y4	71
BRITISH COLUMBIA HEALTH ASSOCIATION M^{me} Patricia Wadsworth Executive Director British Columbia Health Association 440 Cambie Street Vancouver (Colombie-Britannique) V6B 2N6	146
BRYANT, M. Frank 316-8860 No. 11 Road Richmond (Colombie-Britannique) V7C 4C2	30
BUREAU DE LA POLITIQUE DE CONCURRENCE M. Lawson A.W. Hunter Directeur des enquêtes et des recherches Bureau de la politique de concurrence Consommation et Corporations Canada Ottawa (Ontario) K1A 0C9	127
BURROUGHS WELLCOME INC. M. Bernard T. Keene, O.B.E. Président Burroughs Wellcome Inc. 16751, route Transcanadienne Kirkland (Québec) H9H 4J4	2020

Nom	Mémoire n°
B.C. PHARMACISTS' SOCIETY M. Frank M. Archer Président B.C. Pharmacists' Society 604-1200 West 73rd Avenue Vancouver (Colombie-Britannique) V6P 6G5	116
CANADA PACKERS Dr. V.J.V. Parks Directeur Assurance de la qualité et affaires gouvernementales Canada Packers Inc. Chemicals Division 5100 Timberlea Blvd. Mississauga (Ontario) L4W 2S5	53
CANADIAN ASSOCIATION OF PHARMACY STUDENTS AND INTERNS M[me] Michelle Mezei Finance Officer Canadian Association of Pharmacy Students and Interns College of Pharmacy Dalhousie University Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 3J5	66
CANADIAN COUNCIL OF BLUE CROSS PLANS M. Leon Furlong Président Canadian Council of Blue Cross Plans 150 Ferrand Drive Don Mills (Ontario) M3C 1H6	143
CANADIAN DRUG MANUFACTURERS ASSOCIATION a/s Ivan Fleischmann Président Canadian Intercorp 86 Bloor Street West, Suite 204 Toronto (Ontario) M5S 1M5	113
CANADIAN FEDERATION OF BIOLOGICAL SOCIETIES D[r] V. C. Abrahams Member, Science Policy Committee Canadian Federation of Biological Societies Department of Physiology Queen's University Kingston (Ontario) K7L 3N6	63

Nom	Mémoire n°
CANADIAN FEDERATION OF UNIVERSITY WOMEN M^me^ Theodora Carroll Foster Chairperson, Legislation Committee Canadian Federation of University Women a/s EDPRA Consulting Inc. 803-200, rue Elgin Ottawa (Ontario) K2P 1L5	141
CANADIAN HEALTH COALITION M^me^ Carol Richardson Executive Coordinator Canadian Health Coalition 2841, prom. Riverside Ottawa (Ontario) K1V 8X7	130
CANADIAN LIFE AND HEALTH INSURANCE ASSOCIATION INC. M. Gerald M. Devlin Vice-président directeur Canadian Life and Health Insurance Association Inc. 20 Queen Street West Suite 2500 Toronto (Ontario) M5H 3S2	50
CANADIAN SOCIETY FOR CLINICAL INVESTIGATION D^r^ S.M. MacLeod Président Canadian Society for Clinical Investigation c/o The Hospital for Sick Children 555 University Avenue Toronto (Ontario) M5G 1X8	133
CANADIAN SOCIETY FOR CLINICAL PHARMACOLOGY D^r^ S.M. MacLeod Secrétaire-trésorier Canadian Society for Clinical Pharmacology c/o The Hospital for Sick Children 555 University Avenue Toronto (Ontario) M5G 1X8	135
CHAMBRE DE COMMERCE DU CANADA (LA) M. S.F. Hughes Président Chambre de Commerce du Canada (La) 301-200, rue Elgin Ottawa (Ontario) K2P 2J7	24

Nom	Mémoire n°
CHEMICAL INSTITUTE OF CANADA (THE) D[r] Alan Y. McLean Director of External Affairs Chemical Institute of Canada (The) c/o MARTEC 5670 Spring Garden Road Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 1H6	77
CIBA-GEIGY CANADA LTD. M. Leon Jacobs Vice-président, Pharmaceuticals Division Ciba-Geigy Canada Ltd. (Ciba-Geigy Canada Ltée) 6860 Century Avenue Mississauga (Ontario) L5N 2W5	107
COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL M. Stephen Bigsby Directeur Communauté Urbaine de Montréal Office de l'expansion économique 770, rue Sherbrooke ouest Bureau 1210, C.P. 16 Montréal (Québec) H3A 1G1	118
CONNAUGHT LABORATORIES LIMITED Dr. W.A. Cochrane Président et Chef de la direction Connaught Laboratories Limited 1755 Steeles Avenue West Willowdale (Ontario) M2R 3T4	38
CONSEIL CANADIEN POUR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE a/s M. David Kardish Agent des relations gouvernementales 450, rue Rideau Ottawa (Ontario) K1N 5Z4	76
CONSEIL CANADIEN DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL M. Terrance M. Hunsley Directeur exécutif Conseil canadien de développement social 55 Parkdale C.P. 3505, Succursale C Ottawa (Ontario) K1Y 4G1	122

Nom	Mémoire n°
CONSEIL DES ÉTUDIANTS EN PHARMACIE M^lle^ Line Thibault Vice-présidente aux affaires externes Conseil des Étudiants en Pharmacie Université de Montréal C.P. 6128, Succursale A Montréal (Québec) H3C 3J7	56
CONSEIL DU PATRONAT DU QUÉBEC M. Ghislain Dufour Vice-président exécutif Conseil du patronat du Québec 2075, rue Université Suite 606 Montréal (Québec) H3A 2L1	13
CONSUMERS' ASSOCIATION OF CANADA, YUKON BRANCH M^me^ Maureen Morin Présidente Consumers' Association of Canada, Yukon Branch 302 Steele Street Whitehorse (Yukon) Y1A 2C5	47
COPEM M. Pierre Goyette Président La Chambre de Commerce de Montréal COPEM 710-1080, côte du Beaver Hall Montréal (Québec) H2Z 1S9	62
CORPORATION OF THE CITY OF MISSISSAUGA M. Gord Johnstone Agent de développement commercial Corporation of the City of Mississauga 1 City Centre Drive Mississauga (Ontario) L5B 1M2	125
CYANAMID CANADA INC. M. Edward A. Christie Conseiller juridique et Secrétaire Cynanamid Canada Inc. Medical Products Department 2255 Sheppard Avenue East, Suite E440 Willowdale (Ontario) M2J 4Y5	75
DAVIES, M. Michael 1689 West 62nd Avenue Vancouver (Colombie-Britannique) V6P 2G1	27

Nom	Mémoire n°
DÉLÉGATION DE LA COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES M. Dietrich Hammer Head of Delegation Délégation de la Commission des Communautés Européennes 350, rue Sparks Suite 1110 Ottawa (Ontario) K1R 7S8	29
DEPARTMENT OF TRADE AND INDUSTRY GOUVERNEMENT DU ROYAUME-UNI M. Ralph M. Publicover First Secretary (Economic) British High Commission 80, rue Elgin Ottawa (Ontario) K1P 5K7	91
DU PONT CANADA INC. M. D.T. Gregory Manager of Pharmaceuticals Du Pont Canada Inc. C.P. 2300, Streetsville Mississauga (Ontario) L5M 2J4	109
EFAMOL RESEARCH, INC. Dr. David Horrobin Efamol Research, Inc. C.P. 818 Kentville (Nouvelle-Écosse) B4N 4H8	2
ELI LILLY CANADA INC. M. Rene R. Lewin Président et directeur général Eli Lilly Canada Inc. 3650 Danforth Avenue Scarborough (Ontario) M1N 2E8	52
FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES ASSOCIATIONS DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE M[me] N. Baudrihaye Directrice générale Fédération européenne des associations de l'industrie pharmaceutique 250, Avenue Louise, Boîte 91 Bruxelles (Belgique 1050)	40
FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC D[r] Georges Boileau Directeur des communications Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 1440 ouest, rue Sainte-Catherine Suite 1100 Montréal (Québec) H3G 1R8	117

Nom	Mémoire n°
FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC Dr Jean-Marie Albert Directeur des Affaires professionnelles Fédération des médecins spécialistes du Québec C.P. 216, Succursale Desjardins Montréal (Québec) H5B 1G8	117
FREEDMAN, M. Mel Continuing Education Consultant 63 Skyline Drive Dundas (Ontario) L9H 3S3	89
G.D. SEARLE & COMPANY OF CANADA LIMITED M. A.I. O'Connor Président G.D. Searle & Company of Canada Limited 400 Iroquois Shore Road Oakville (Ontario) L6H 1M5	100
GAW, M. Adam 24 Landsdown Drive Guelph (Ontario) N1H 6H9	16
GIESE, Dr Hans 195, avenue Clearview Suite 2122 Ottawa (Ontario) K1Z 6S1	44
GILBERT, M. Jules R. 1405-80 Antibes Drive Willowdale (Ontario) M2R 3N5	1
GLAXO CANADA LIMITED M. F.J. Burke Président Glaxo Canada Limited 1025 The Queensway Toronto (Ontario) M8Z 5S6	93
GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA L'honorable Hugh Planche Ministre, Développement économique Gouvernement de l'Alberta 320 Legislative Building Edmonton (Alberta) T5K 2B6	120

Nom	Mémoire n°
GOUVERNEMENT DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD M^me^ Verna Bruce Department of Health and Social Services Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard C.P. 2000 Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8	134
GOUVERNEMENT DE LA SUISSE M. Bruno Spinner Secrétaire d'ambassade Ambassade de Suisse 5, avenue Marlborough Ottawa (Ontario) K1N 8E6	145
GOUVERNEMENT DES ÉTATS-UNIS M. David C. Holton Consul American Consulate General 360 University Avenue Toronto (Ontario) M5G 1S4	94
GOUVERNEMENT DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST M. Bruce A. McLaughlin Ministre de la Santé Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest Yellowknife (T.-N.-O.) X1A 2L9	67
GOUVERNEMENT DU QUÉBEC L'honorable Gilbert Paquette Ministre de la Science et de la Technologie Gouvernement du Québec 8615 Grande Allée est Édifice H, 2^ème^ étage Québec (Québec) J1R 4Y8	139
GOUVERNEMENT DU ROYAUME-UNI (voir Department of Trade and Industry)	
GREEN SHIELD PREPAID SERVICES INC. M. W.H. Austen President & Chief Operating Officer Green Shield Prepaid Services Inc. 285 Giles Boulevard East C.P. 1606 Windsor (Ontario) N9A 6W1	15
GROUPEMENT PROVINCIAL DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT M. Pierre Morin Secrétaire exécutif Groupement provincial de l'industrie du médicament 152 est, rue Notre-Dame, 9^ème^ étage Montréal (Québec) H2Y 3P6	136

Nom	Mémoire n°
HAGGLUND, M^me^ Maureen 172, chemin Dufferin Montréal (Québec) H3X 2Y1	3
HALL, M. W. A. 19 Birchwynd Street St. John's (Terre-Neuve) A1A 2N3	6
HEALTH COALITION OF NOVA SCOTIA M. E. Robert Andstein Membre du Comité du mémoire sur la pharmacie Health Coalition of Nova Scotia C.P. 1213 North Halifax (Nouvelle-Écosse) B3K 5H4	49
HOECHST CANADA INC. M. T.A. Mailloux Vice-président et directeur général Division pharmaceutique Hoechst Canada Inc. 4045, boul. Côte Vertu Montréal (Québec) H4R 1R6	85
HOFFMANN-LA ROCHE LIMITED M. A.R. Baumgartner Président Hoffmann-La Roche Limited 700-401 The West Mall Etobicoke (Ontario) M9C 5J4	86
ICI PHARMA M. James A. Des Roches Directeur général ICI Pharma Div. Atkemix Inc. 16 Falconer Drive Mississauga (Ontario) L5N 3M1	35
INSTITUT ARMAND-FRAPPIER M. Claude Vézina Directeur-adjoint Institut Armand-Frappier 531, boul. des Prairies C.P. 100, Succursale L-D-R Laval (Québec) H7N 4Z3	132
INSTITUT CANADIEN DES BREVETS ET MARQUES M. G.E. Fisk Président Institut canadien des brevets et marques C.P. 466 Ottawa (Ontario) K1N 8S3	80

Nom	Mémoire n°
JOGLEKAR, Dr Prafula a/s Professeur Donald N. Thompson Faculté d'administration York University 4700, rue Keele Downsview (Ontario) M3J 2R6	21
JUDAH, M. Isaac 4393, avenue Draper Montréal (Québec) H4A 2P3	48
KERNAN, M^me^ Faye Pharmacy Supervisor and Assistant Professor Veterinary Teaching Hospital University of Saskatchewan Saskatoon (Saskatchewan) S7N 0W0	83
KNOLL PHARMACEUTICALS CANADA INC. M. Ray I. Homer Knoll Pharmaceuticals Canada Inc. 26-825 Denison Street Markham (Ontario) L3R 5E4	74
LEO LABORATORIES CANADA LTD. M. Gregory C. Hines Directeur Leo Laboratories Canada Ltd. 1305 Sheridan Mall Parkway Suite 704 Pickering (Ontario) L1V 3P2	36
L'ORGANISATION NATIONALE ANTI-PAUVRETÉ M. Max Wolpert Counsel L'organisation nationale anti-pauvreté c/o Le centre pour la défense de l'intérêt public 501-1407 Yonge Street Toronto (Ontario) M4T 1Y7	103
MANITOBA PHARMACEUTICAL ASSOCIATION (THE) M. Stewart G. Wilcox Secrétaire Manitoba Pharmaceutical Association (The) 187 St. Mary's Road Winnipeg (Manitoba) R2H 1J2	34

Nom	Mémoire n°
MANITOBA SOCIETY OF PROFESSIONAL PHARMACISTS INC. M. J.E. Davis Directeur administratif Manitoba Society of Professional Pharmacists Inc. 187 St. Mary's Road Winnipeg (Manitoba) R2H 1J2	42
MARCUS, Rabbin Sanford T. Temple Israël 1301, promenade Prince of Wales Ottawa (Ontario) K2C 1N2	4
MCNEIL PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD. M. L.R. Gagnon Président McNeil Pharmaceutical (Canada) Ltd. 600 Main Street West Stouffville (Ontario) L0H 1L0	82
MEDICAL REFORM GROUP OF ONTARIO M. Ulli Diemer Secrétaire exécutif Medical Reform Group of Ontario C.P. 366, Succursale J Toronto (Ontario) M4J 4Y8	123
MERCK FROSST CANADA INC. M. J.L. Zabriskie Président Merck Frosst Canada Inc. C.P. 1005 Pointe-Claire-Dorval (Québec) H9R 4P8	111
MERRELL DOW PHARMACEUTICALS (CANADA) INC. M. W.A. Robertson Président Merrell Dow Pharmaceuticals (Canada) Inc. 7777 Keele Street Unit 10 Concord (Ontario) L4K 1Y7	43
MILES LABORATORIES, LTD. M. William C. Garriock Président et Chef de la direction Miles Laboratories, Ltd. 77 Belfield Road Rexdale (Ontario) M9W 1G6	72

Nom	Mémoire n°
MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK L'honorable Charles G. Gallagher, Ministre Health New Brunswick Gouvernement du Nouveau-Brunswick C.P. 6000 Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1	22
MORIARTY, M. James J. Président Synapse Marketing Consultants Limited 4226 Dunvegan Road Burlington (Ontario) L7L 1P8	89
MUNICIPALITÉ RÉGIONALE DE HALDIMAND-NORFOLK M. Anthony J. Suprun Commissioner of Social Services Municipalité régionale de Haldimand-Norfolk 70 Town Centre Drive Townsend (Ontario) N0A 1S0	68
NATIONAL BIOTECHNOLOGY ADVISORY COMMITTEE M. John Evans Président National Biotechnology Advisory Committee 430-122, rue Bank Ottawa (Ontario) K1A 1E7	144
NEFARMA Dr H.A. De Munck Directeur général NEFARMA Netherlands Association of the Pharmaceutical Industry Franciscusdreef 50 3506 GD Utrecht Pays-Bas	54
NORDIC LABORATORIES INC. M. Carl F. Bobkoski Directeur Nordic Laboratories Inc. 2775, rue Bovet C.P. 403 Chomedey-Laval (Québec) H7S 2A4	106
OGILVIE, Dr R.I. Directeur Divisions of Cardiology & Clinical Pharmacology Toronto Western Hospital 399 Bathurst Street Toronto (Ontario) M5T 2S8	10

Nom	Mémoire n°
ONTARIO COLLEGE OF PHARMACISTS M. W.R. Wensley Secrétaire Ontario College of Pharmacists 483 Huron Street Toronto (Ontario) M5R 2R4	11
ONTARIO HOSPITAL ASSOCIATION M. Khadim Hussain Président Region 9, Pharmacy Committee Ontario Hospital Association a/s Hôpital Montfort 713, chemin Montréal Ottawa (Ontario) K1K 0T2	23
ONTARIO PHARMACISTS' ASSOCIATION M. R.B. Franceschini Directeur exécutif Ontario Pharmacists' Association 99 Avenue Road, Suite 707 Toronto (Ontario) M5R 2G5	18
ORDRE DES CHIMISTES DU QUÉBEC Dr Edgard Delvin Président Ordre des chimistes du Québec 934 est, rue Sainte-Catherine Bureau 250 Montréal (Québec) H2L 2E9	114
ORGANON CANADA LTD./LTÉE M. B.E. Robertson President Organon Canada Ltd./Ltée 565 Coronation Drive West Hill (Ontario) M1E 4S2	73
ORTHO PHARMACEUTICAL (CANADA) LTD. M. P. Skuy Président Ortho Pharmaceutical (Canada) Ltd. 19 Green Belt Drive Don Mills (Ontario) M3C 1L9	14
PACIFIC ISOTOPES AND PHARMACEUTICALS LTD. Dr Christopher J. Hanna, Ph. D. Science Officer Pacific Isotopes and Pharmaceuticals Ltd. 1130-1176 West Georgia Street Vancouver (Colombie-Britannique) V6E 4A2	121

Nom	Mémoire n°
PARKE, DAVIS CANADA INC. G. Murray Hetherington Directeur des relations professionnelles Parke, Davis Canada Inc. 2200 Eglinton Avenue East Scarborough (Ontario) M1K 5C9	37
PFIZER CANADA INC. M. Gordon J. Fehr Président Pfizer Canada Inc. C.P. 800 Pointe-Claire-Dorval (Québec) H9R 4V2	90
PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS ASSOCIATION M. Jay J. Kingham Vice-président, International Pharmaceutical Manufacturers Association 1100-15th Street, N.W. Washington, D.C. 2005	142
PHARMACOLOGICAL SOCIETY OF CANADA (THE) James F. Brien, Ph.D. Président, Comité de politique sociale Pharmacological Society of Canada (The) Queen's University Dept. of Pharmacology and Toxicology Kingston (Ontario) K7L 3N6	19
PHARMACY ASSOCIATION OF NOVA SCOTIA M. J. Patrick King Directeur exécutif Pharmacy Association of Nova Scotia C.P. 3214(S) 1526 Dresden Row Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3H5	128
PHARMAGESCO LTÉE M. Jean Lessard Responsable des ressources humaines PharmaGesco Ltée Société de Pharmaciens Administrateurs 6260, avenue Doucet, C.P. 7632 Charlesbourg (Québec) G1H 5N1	12
PROVINCE DU MANITOBA M. Ken Browne Conseiller en pharmacie Department of Health Government of Manitoba 599 Empress Street, Room 227 Winnipeg (Manitoba) R3C 2T6	64

Nom	Mémoire n°
RHÔNE-POULENC PHARMA INC. M. Pierre Lapalme Président et directeur général Rhône-Poulenc Pharma Inc. C.P. 900 Succursale Youville Montréal (Québec) H2P 2W3	102
ROBINS - Voir A.H. Robins Canada Inc.	
RONALD, Dr Allan R. Professor and Head Department of Medical Microbiology Department of Clinical Microbiology University of Manitoba Health Sciences Centre Winnipeg (Manitoba) R3E 0W3	140
RORER CANADA INC. M. Lyle B. Goff Vice-président et directeur général Rorer Canada Inc. 130 East Drive Bramalea (Ontario) L6T 1C3	95
RX PLUS M. Robert A. Morel Président RX Plus Directcard Identification Systems Ltd. 50 Lisgar Square Sudbury (Ontario) P3E 3L8	131
SANDOZ CANADA INC. Dr O.W. Breski Président Sandoz Canada Inc. C.P. 385 Dorval (Québec) H9R 4P5	70
SASKATCHEWAN PHARMACEUTICAL ASSOCIATION M. S.A. Lissack Secrétaire Saskatchewan Pharmaceutical Association 301 Parliament Place 2631-28th Avenue Regina (Saskatchewan) S4S 6X3	137

Nom	Mémoire n°
SASKATCHEWAN PRESCRIPTION DRUG PLAN M. R.J. Waschuk Executive Director Saskatchewan Prescription Drug Plan Saskatchewan Health T.C. Douglas Building 3475 Albert Street Regina (Saskatchewan) S4S 6X6	32
SEARLE - See G.D. Searle & Company of Canada Limited	
SEEMAN *et al.*, D[r] Phillip University of Toronto Pharmacology Department The Medical Science Building Toronto (Ontario) M5S 1A8	17
SMITHKLINE & FRENCH (CANADA) LTD. M. W.M. Robson Président Smith Kline & French (Canada) Ltd. 1940 Argentia Road Mississauga (Ontario) L5N 2V7	92
SMW ADVERTISING LIMITED M. Frank Waldock Vice-président directeur SMW Advertising Limited 240 Eglinton Avenue East Toronto (Ontario) M4P 1K8	112
SOBEN MANAGEMENT LTD. M. Nelson B. Crowder Directeur général Soben Management Ltd. Trustees of Local 75 of the Hotel Industry Health and Welfare Fund 801-45 Richmond Street West Toronto (Ontario) M5H 1Z2	58
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE CARDIOLOGIE D[r] E.D. Wigle Vice-président Société canadienne de cardiologie Toronto General Hospital 101 College Street Toronto (Ontario) M5G 1L7	31

Nom	Mémoire n°
SOCIÉTÉ D'EXPANSION COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE D'OTTAWA-CARLETON M. William A. Marshall Président Société d'expansion commerciale et industrielle d'Ottawa-Carleton 700-222, rue Queen Ottawa (Ontario) K1P 5V9	79
SQUIBB CANADA INC. M. Jacques Boisvert Président et directeur général Squibb Canada Inc. 2365, chemin Côte de Liesse Montréal (Québec) H4N 2M7	9
STEPHENSON, M. William 408-14 Carluke Crescent Willowdale (Ontario) M2L 2H8	25
SYNTEX INC. M. Howard Jeffery Président Syntex Inc. 2100 Syntex Court Mississauga (Ontario) L5M 2B3	84
THOMPSON, Professeur Donald N. Faculté d'administration York University 4700 Keele Street Downsview (Ontario) M3J 2R6	21
UNIVERSITY OF ALBERTA (THE) Dr John A. Bachynsky Doyen de la Faculté de pharmacie et président du Comité des brevets University of Alberta (The) Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences Edmonton (Alberta) T6G 2N8	61
UNIVERSITY OF GUELPH M. B.C. Matthews President University of Guelph Guelph (Ontario) N1G 2W1	59
UPJOHN COMPANY OF CANADA (THE) M. Stuart S. Alexander Président et directeur général Upjohn Company of Canada (The) 865 York Mills Road Don Mills (Ontario) M3B 1Y6	45

Nom	Mémoire n°
VERNON, M. R.E. 2103 Constance Drive Oakville (Ontario) L6J 5V1	87
WATERS, M. C.A. R.R. 2 McLeod Road Armstrong (C.-B.) V0E 1B0	7
WINNIPEG RH INSTITUTE INC. (THE) M. A.D. Friesen, Ph. D. Directeur exécutif Winnipeg Rh Institute Inc.(The) University of Manitoba Winnipeg (Manitoba) R3T 2N2	115
WINTHROP LABORATORIES Dr W. Wassenaar Président Winthrop Laboratories Aurora (Ontario) L4G 3H6	51
WYETH LTD./LTÉE M. Glen Branham Président Wyeth Ltd./Ltée C.P. 370 North York (Ontario) M3M 3A8	124

ANNEXE B

Témoins entendus par la Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique

Transcription, Volume nº 1	page
Lawson Hunter Direction des enquêtes sur les coalitions	7
Bruce Rowsell Ministère de la Santé et du Bien-être social	71
Transcription, Volume nº 2	
Dr. Alex McPherson Association médicale canadienne	130
Ginette Rodger Association des infirmières canadiennes	209
Leslie Dan Canadian Drug Manufacturers Association	229
William Haddad Canadian Drug Manufacturers Association	303
Transcription, Volume nº 3	
Luciano Calenti Canadian Drug Manufacturers Association	382
Malcolm Johnson Canadian Drug Manufacturers Association	413
Jose Larrea Canadian Drug Manufacturers Association	464
Barry Sherman Canadian Drug Manufacturers Association	478
Transcription, Volume nº 4	
Donald N. Thompson; Prafulla Joglekar	570
Richard R. Walker; Walter H. Austen Green Shield Prepaid Services Inc.	618
Transcription, Volume nº 5	
Wayne Edgar Health Coalition of Nova Scotia	674

page

Arthur J. Brooks; George E. Fisk
Patent and Trademark Institute of Canada 687

Dr. Stuart MacLeod
Canadian Society for Clinical Investigation 777

Dr. Joel Lexchin; Dr. Robert Frankford
Medical Reform Group of Ontario 811

Transcription, Volume n° 6

Stephen A. Bigsby
Communauté urbaine de Montréal 879

Jacques Gagné; John A. Bachynsky
Association des facultés de pharmacie du Canada 931

Klaus Keuhnbaum; Frank Archer; Leroy Fevang
Association pharmaceutique canadienne 983

John A. Bachynsky
University of Alberta 1061

Transcription, Volume n° 7

Aldo Baumgartner; C.A. Nowotny; D.P. Zarowny;
M.E. Farley; Graham McClenahan; Jane Steinberg
Hoffmann-La Roche Limited 1093

William Stephenson 1161

Stephen C. Cheasley; Philip O'Brien; Alex Harper
Comité de promotion économique de Montréal 1180

Line Thibault
Conseil des étudiants en pharmacie 1213

Transcription, Volume n° 8

Peter Davies; Robert Kelly
Commissaire des brevets 1237

Isaac Judah 1277

Dr Raymond Robillard
Association des médecins de langue
française au Canada 1301

Pierre Biron; Jean-Marie Albert; Paul Desjardins;
Raynald Dutil; Georges Boileau; Clément Richer
Fédération des médecins spécialistes du Québec,
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec 1342

Transcription, Volume n° 9

Malcolm D. Seath; Ralph S. Davis
Parke, Davis Canada 1400

Dr. Allan R. Ronald 1456

William C. Garriock; Dr. W. Johns: Bernd Aundrup;
Don Hobb
Miles Laboratories, Ltd. 1475

	page
Douglas Hartle; Patrick Johnston; Max Wolpert National Anti-Poverty Organization	1551
Jacques Nadeau; Sandra Clarke ACT Foundation of Canada	1598
Jacques Gauthier; Dr. John Manson Bio-Mega, Inc.	1630
Transcription, Volume n° 10	
Gordon Henderson; Terry Mailloux; L.B. Goff; Guy Beauchemin Association canadienne de l'industrie du médicament	1680
Transcription, Volume n° 11	
Gordon Fehr Pfizer Canada, Inc.	1903
John Zabriskie, Hubert Marter; Raymond Halls; Joshua Rokach; William Dorian Merck Frosst Canada	1950
Jean-Claude Richer; Edgar Delvin; Réal Laliberté Ordre des chimistes du Québec	2015
Tim Brodhead; Jim Harding; Sari Tudiver Canadian Council for International Co-operation	2100
Ted English; Robert Kerton; Rose Rubino; Robert Best Association canadienne des consommateurs	2155
Robert Morel Rx Plus	2215
Transcription, Volume n° 12	
Claire R. Heggtveit; Kathleen Shaw Canadian Federation of University Women	2252
Victor J.V. Parks Canada Packers, Inc.	2290

Bibliographie choisie

Livres

Brogan, T. et G. Roberge, *1983 Drug Store and Hospital Drug Purchase: A Comparison of Canada and the United States*, Ottawa, Bureau de la coordination des politiques, Consommation et Corporations, 1984

Brogan, T., B. Philie et G. Roberge, *A Comparison of Pharmacy Drug Costs in Canada and the United States for Selected Years*, Ottawa, Bureau de la coordination des politiques, Consommation et Corporations, 1984

Canada, ministère de la Santé et du Bien-être social, *Canada Health Manpower Inventory*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1983

Canada, ministère de la Santé et du Bien-être social, *National Health Expenditures (1) Canada*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1984

Canada, ministère de la Justice, Commission sur les pratiques restrictives du commerce, *Rapport sur la fabrication, la distribution et la vente de produits pharmaceutiques*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1963

Canada, Chambre des communes, Comité spécial chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques, *Rapport du comité permanent chargé d'étudier le coût et les prix des produits pharmaceutiques*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1966

Canada, Commission royale d'enquête sur les services de Santé, *Rapport de la Commission royale d'enquête sur les services de santé*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1964

Canada, Commission royale sur les brevets, le droit d'auteur et les dessins industriels, *Rapport sur les brevets d'invention*, Ottawa, Imprimeur de la Reine, 1960

Association pharmaceutique canadienne, *Pharmacy in a New Age: Report of the Commission on Pharmaceutical Services*, Toronto, Association pharmaceutique canadienne, 1971

Conseil économique du Canada, *Rapport sur la propriété intellectuelle et industrielle*, Ottawa, Information Canada, 1971

Association des consommateurs européens, *Consumers and the Cost of Pharmaceutical Products*, Bruxelles, Association des consommateurs européens, 1979

Green, Anne Marie, éd., *Patents Throughout the World*, New York, Clark Boardman Co., 1984

Fédération internationale de l'industrie du médicament, *Legal and Practical Requirements for the Registration of Drugs (Medicinal Products) for Human Use*, Suisse, FIIM, 1975

IMS, *Canadian Compuscript*, Ottawa, décembre 1982

IMS, *Canadian Pharmaceutical Market Drug Store and Hospital Purchases*, Ottawa, décembre 1982

Manual for the Handling of Applications for Patent Designs and Trademarks Throughout the World, Amsterdam, Registered Patents and Trademark Agents, 1980

O'Brien, B., *Patterns of European Diagnoses and Prescribing*, Londres, Office of Health Economics, 1984

Association canadienne de l'industrie du médicament, *The Pharmaceutical Industry and Ontario*, Ottawa, ACIM, 1978

Price Waterhouse and Company, *Corporate Taxes, A Worldwide Survey (1913)*, New York, Price Waterhouse and Company, 1983

Reekie, Duncan, *The Economics of the Pharmaceutical Industry*, Londres, Methuen, 1975

Schaumann, Leif, *Pharmaceutical Industry Dynamics and Outlook to 1985*, Menlo Park (Californie), Health Industry Research Departments, Stanford Research Institute, 1976

Scherer, F.M., *The Economic Effects of Compulsory Patent Licensing*, New York, New York University Press, 1971

Siberston, Z.A. et C.T. Taylor, *The Economic Impact of the Patent System*, Cambridge, Cambridge University Press, 1973

Slatter, S., *Competition and Marketing Strategies in the Pharmaceutical Industry*, London, Croom Helm, 1977

Statistique Canada, *Statistique financière des sociétés* (n° 61-207 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Produit intérieur brut par industrie* (n° 61-213 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *La santé des Canadiens : rapport de l'enquête Santé Canada* (n° 82-538F au catalogue), Ottawa, juin 1981

Statistique Canada, *Organisation des industries et concentration dans le secteur de la fabrication, des mines et de l'abattage* (n° 31-402 au catalogue), Ottawa, biennal

Statistique Canada, *Statistiques sur la recherche et le développement industriel* (n° 82-202 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Fabricants de produits pharmaceutiques et de médicaments* (n° 46-209 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Produits pharmaceutiques, produits de nettoyage et produits de toilette* (n° 46-223 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Sommaire du commerce extérieur* (n° 65-001 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Fabricants de produits de toilette* (n° 46-215 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *La statistique annuelle des hôpitaux* (n° 83-323 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Entreposage public* (n° 63-212 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Dépenses publicitaires au Canada* (n° 63-216 au catalogue), Ottawa, annuel

Statistique Canada, *Recensement du Canada de 1961, de 1971 et de 1981* (n°s 94-530 et 94-758 au catalogue), Ottawa

Statistique Canada, *Dépenses des familles au Canada* (n° 62-55 au catalogue), Ottawa, 1984

Statistique Canada, *Indice des prix de l'industrie* (n° 62-011 au catalogue), Ottawa, mensuel

Statistique Canada, *Industries manufacturières au Canada : niveaux national et provincial* (n° 31-203 au catalogue), Ottawa, annuel

Santé et Bien-être social Canada, *Inventaire de la main-d'œuvre sanitaire Canada*, Canada, 1983

Royaume-Uni, Department of Health and Social Security, *Health and Personal Social Services Statistics for England 1982*, Londres, HMSO, 1984

Nations Unies *Demographic Indicators of Countries: Estimates and Projections as Assessed in 1980*, New York, Nations Unies, 1982

United States Bureau of Census, *Preliminary Reports of the Census of Manufacturers*, Washington, D.C., 1982

United States Bureau of Labour Statistics, *Producer Prices and Prices Indexes*, Washington, D.C., 1984

United States Bureau of Labour Statistics, *Monthly Labour Review and CPI Detailed Report*, Washington, D.C., 1984

Documents non publiés et articles

Engleberg, Alfred B., "Patent Term Extension: an Overreaching Solution to a Non-existent Problem", *Health Affairs*, printemps 1982

Goldsmith, I., "Drugs in Canadian Patent Law", *McGill Law Journal* 13, 1967

Gorecki, Paul K., "Compulsory Patent Licensing of Drugs in Canada: Have the Full Price Benefits Been Realized?", étude inédite, 1985

Griffin, J.P. et C.J. Spiers, "A Survey of the First Years of Operation of the New Procedure Affecting the Conduct of Clinical Trials in the U.K.", *British Journal of Clinical Pharmacy* 15, 1983

Henderson, Dr. Ian, "Clearance Procedures for New Drugs" dans Melolan, K.L., O.S. Mierttiern et B.L. Strom, "Post Marketing Studies of Drug Efficacy: How?, *American Journal of Medicine* 77, octobre 1984

Melolan, Kenneth L., Alli S. Mierttiern et B.L. Strom, "Post Marketing Studies of Drug Efficacy: How?", *American Journal of Medicine* 77, octobre 1984

Périodiques

Scrip World Pharmaceutical News, Londres, P.J.P. Publications Ltd.

Documents publics

U.S. Congress, House of Representatives, *Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act of 1984*, Report No. 98-857, Part 2

Cas

Aktiebolaget Astra etc. v. *Novocal Chemical Manufacturing Co. of Canada Ltd.* (1984) C.P.R. 15

American Home Products Corp. v. *Commissioner of Patents* (1982) 69 C.P.R. (2d) 257

Commissioner of Patents v. *Winthrop Chemicals Inc.* (1948) 7 C.P.R. 58

Hoffmann-La Roche Ltd. v. *Delmar Chemicals Ltd.* (1967) 51 C.P.R. 11

Horner v. *Hoffmann-La Roche Ltd.* (1970) 61 C.P.R. 243

Imperial Chemical Industries Ltd. v. *Commissioner of Patents* 1 Ex. C.R. 57

Monsanto Co. v. *Commissioner of Patents* (1979) 42 C.P.R. (2d) 161

Parke-Davis and Co. v. *Comptroller General et al.* (1954) 71 C.P.R. 169

Rhône-Poulenc S.A. v. *Micro Chemicals Ltd.* (1964) 44 C.P.R. 208